Rok XLVI. Kraków, dnia 19. października 1907. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.

Podał

Władysław Janowski

Docent Akademii i ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Odczyt, wygłoszony w Tow. Lek. Warszawskiem dnia 24. września 1907).

Podstawą niniejszej pracy jest część materyału, zebranego przy systematycznem badaniu nad ciśnieniem krwi i nad tętnem, przeprowadzonem przezemnie na 364 osobnikach. Wszystkie badania robiłem zapomocą przyrządu Riva-Rocci, określając ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi za pomocą metody graficznej Janeway-Masing-Sahliego, t. j. z jednoczesnem użyciem tętnopisu Jaqueta. Szerokość przepaski Riva-Rocci była zawsze 6 ctm. Wszystkie badania prowadzone były w półleżącej pozycyi chorego, stale między 10 a 12 pp. i stale z udziałem pomocnika, tak że jeden z nas pilnie śledził tylko zmiany w krzywej tętna, drugi zaś zapisywał tylko wysokość słupa rtęci w manometrze w chwili, wskazywanej mu przez badającego krzywą tętna, do którego skala manometru była odwrócona tyłem, tak by jej widzieć nie mógł. Przed wynalezieniem turgosfigmografu Straussa (68), pozwalającego na rzeczowe zapisywanie krzywej ciśnienia krwi [1]), był to, zdaniem mojem, jedyny pewny sposób możliwie dokładnego prowadzenia badań nad ciśnieniem krwi: rysowanie krzywej tętna usuwa podmiotowość w ocenie fali tętna przy wahaniach słupa rtęci w manometrze, śledzenie zaś manometru przez pomocnika, który znowu krzywej tętna nie widzi, usuwa możność autosuggestyi w określeniu poszczególnych faz ciśnienia krwi, co jest ważnem zawsze, ale ma szczególną wagę przy różnych próbach, dotyczących zmiany w czynności serca przy pracy mięśniowej. Oprócz powyższych, prowadziłem też na swym oddziale systematyczne badania i pomiary krzywych tętna, zdejmowanych za pomocą sfigmochronografu Jaqueta, a ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe określaliśmy nadto za pomocą metody palpacyjnej Strasburgera (ogółem 300) i metody wysłuchowej Korotkowa (39), (ogółem 250) oraz za pomocą metod wibracyjnych przy użyciu przyrządu Hill-Barnarda (27) oraz Pala (53), a przy końcu i za pomocą turgosfigmografu, obmyślanego przez Straussa, a opisanego przez Koziczkowskiego (40) i Fleischera (18). Określaliśmy też w znacznej większości przypadków (z górą 250) jednocześnie ciśnienie krwi za pomocą Riva-Rocci i tonometru Gartnera, a w pewnej części przypadków ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych zapomocą przyrządu v. Bascha (2) i w żyłach zapomocą przyrządu v. Freya oraz Cyplajewa (71). Zdobyty w ten sposób materyał posłużył w znacznej części za podstawę do kilku innych już ogłoszonych przezemnie prac (32, 33, 34), głównie zaś do mego referatu o dyagnostyce czynnościowej serca (35). Nadto użył go już częściowo dla oceny metody wysłuchowej określenia ciśnienia krwi kol. W. Ettinger (15), który opracowuje jeszcze dalej porównawczo różne metody badania ciśnienia krwi. Z tego powodu w niniejszej pracy unikać będę ile możności wdawania się w jakiekolwiek pytania poboczne; unikać też będę, o ile się da, przytaczania piśmiennictwa, które podałem możliwie całe w tylko co wymienionym referacie (35), wygłoszonym 22/VII we Lwowie; przytaczać z niego będę tylko to, co jest nie, zbędne dla dania odpowiedzi bezpośredniej na postawiony w nagłówku temat.

Za normalne ciśnienie krwi skurczowe (Mx, tak też nadal oznaczać je będę), określane w powyższych warunkach u 16 osobników młodych i zdrowych, uważam 96—140 mm. słupa rtęci w przyrządzie Riva-Rocci; za normalne ciśnienie tętna, t. j. za normalną różnicę między tętnem skurczowem (Mx), a rozkurczowem (Mm), oznaczone przez Strassburgera (66) i innych jako PD, resp. jako amplituda wahań ciśnienia krwi (Erlanger i Hooker, F. Klemperer, Hesse i inni), uważam 22—40 mm. słupa rtęci. Ponieważ tętno powstaje wskutek skurczowego (systolicznego) przyrostu ciśnienia krwi, który to przyrost mierzy się omówionym powyżej słupem rtęci, oznaczonym, jako PD (ciśnienie tętna — Pulsdruck), przeto Fellner (17) twierdzi, że PD mierzy prawdziwy przyrost skurczowy (systoliczny) ciśnienia krwi, czyli prawdziwą wielkość tętna. Na zasadzie swego materyału uważam więc 22—40 mm. Hg za tak zwaną prawdziwą wielkość tętna u zdrowych, młodych osobników.

Odpowiednie liczby innych autorów, wynoszą dla Mx u Hensena (25) 100—160 mm Hg, Geisboecka (21) 170—180, Bittorfa (5) 150, a nawet 150—170, Fellnera (16, 17) 110—135, Masinga (44) 135—140, Fleischera (18) 100—120 mm Hg i t. d. Słowem, są one różne, w zależności od sposobu prowadzenia badania, od pory dnia, w której było ono wykonywane, stosunku do czasu posiłków, od stanu psychiki badanych osobników i t. d.

[1]) W ostatnim czasie podał też podobny przyrząd E. Muenzer (47 a),

We wszystkie te szczegóły, omawiane już szczegółowo przez Hensena (25), a nadto przez Potaina (54), Zadecka (73), Blocha (7), Bożowskiego (8) i wielu innych, nie chcę tu wchodzić. Zaznaczę tylko, iż na zasadzie swego doświadczenia podzielam zdanie dotychczasowych autorów, że dla każdego osobnika jest znamienna pewna tylko przeciętna ciśnienia systolicznego, od którego jednak zboczenia w jedną i drugą stronę wynosić mogą do 30 mm słupa rtęci, a jak znajdował Bożowski J. (8) nawet do 56 mm Hg. Pomijam tu naturalnie okoliczności nadzwyczajne, »fizyologiczne«, jak chwila porodu, co do którego wiadomo (H. Vaquez 70), iż podczas niego Mx podnosić się może do 180, a nawet 250 mm Hg, opadając jednak zaraz po nim do normy.

Co do ciśnienia tętna (PD), czyli prawdziwej jego wielkości, to liczby moje (22—40 mm Hg) są prawie zgodne z liczbami innych autorów: Janeway (31) podaje PD = 26 mm Hg, v. Recklinghausen (55, 56) i Sahli (59) 30, Strassburger (66), Fellner (16) 25—35, Fleischer (18) 30—40 mm Hg. Poza tem F. Klemperer (37), który badania swoje prowadził zapomocą przyrządu v. Recklinghausena, określał więc ciśnienie nie w milimetrach rtęci, lecz w centymetrach wody, podaje PD = 50—70, co powyższym liczbom również w przybliżeniu odpowiada.

Co do liczb, otrzymywanych zapomocą przyrządu Gaertnera (oznaczać je będę nadal jako PG), to uważam za normę 80—120 mm Hg, czyli liczbę, przytoczoną przez Geisboecka (21)[2]. Zastrzedz się jednak muszę na wstępie, że, aczkolwiek tonometr Gaertnera oddał hemodynamice klinicznej olbrzymie usługi, popularyzujące przez swoją prostotę badania, i że aczkolwiek do czasu opisania przyrządu Pala (53) był on jedynym, pozwalającym na porównywanie ciśnienia krwi w częściach najbardziej obwodowych z ciśnieniem w tętnicy ramieniowej, co ma ważne znaczenie, to jednak do dziś dnia nie mogę powiedzieć, jakie mianowicie ciśnienie w tętnicy palcowej przyrząd ten określa. Jak wiadomo, część autorów sądziła, że tonometr Gaertnera określa ciśnienie systoliczne (Neu, Masing, Schuele, Geisboeck), inna twierdziła, że określa on ciśnienie minimalne, jeszcze inna uważała otrzymywane przy tem liczby za odpowiadające ciśnieniu średniemu lub nieco poniżej niego. Należycie zoryentować się w tej sprawie niepodobna, gdyż nie można właściwie ściśle porównać liczb z tonometru Gaertnera z liczbami, otrzymywanemi na innej drodze. Nawet liczby, otrzymywane zapomocą przyrządu Pala, który jest poza tonometrem jedynym, mierzącym ciśnienie krwi na palcu, także do zupełnie ścisłego porównania z liczbami, otrzymanemi zapomocą tonometru Gaertnera, nie nadają się, gdyż tonometr Gaertnera daje swe liczby na zasadzie spostrzegania chwili zaróżowienia palca (t. zw. metoda erubescencyjna podług v. Recklinghausena), gdy przyrząd Pala określa Mx i Mm w tętnicy palcowej na zupełnie innej zasadzie: metody wibracyjnej. Wskutek tego nawet przy jednoczesnem obliczaniu ciśnienia krwi na palcu zapomocą przyrządu Pala i Gaertnera, nie mogłem dojść do wniosku, jakie mianowicie ciśnienie określa tonometr Gaertnera. W jednych bowiem przypadkach podawał on liczby, ściśle odpowiadające ciśnieniu średniemu $\left(\frac{Mx + Mm}{2}\right)$, określonemu zapomocą przyrządu Pala, w innych otrzymywałem liczby nieco poniżej (3—5 mm) ciśnienia średniego, lub nieco powyżej niego (3—5 mm); w innych wypadały mi liczby niższe o 5—12 mm od ciśnienia rozkurczowego (dyastolicznego), określonego na palcu zapomocą przyrządu Pala; w jeszcze innych zaś liczby tonometryczne albo były mało co niższe (5—10 mm) od Mx dla tętnicy palcowej podług Pala, albo były im równe, albo nawet o 10 mm je przewyższały.

Normy dla ciśnienia włosowatego, ani żylnego nie przytaczam, gdyż dla powodów, które szczegółowo w swoim referacie o czynnościowej dyagnostyce serca (35) omówiłem, nie mają one znaczenia praktycznego.

Przechodząc do omówienia Mx i PD w stanach chorobowych, podzielę swój materyał na grupy. Rozpatrzę mianowicie kolejno zachowanie się Mx i PD przy cierpieniach serca, naczyń, nerek, przy sprawach zakaźnych ostrych i przewlekłych, oraz omówię je pokrótce przy innych stanach chorobowych.

1) Przypadków cierpień serca zbadałem ogółem równo 100[3]). Przy systematycznem badaniu chorych z niewyrównaniem czynności serca zwracałem uwagę nie na wysokość bezwzględną Mx lub PD, lecz na wielkość i kierunek spostrzeganych w nich wahań. Wielkość Mx wahała się na szczycie niewyrównania w moich przypadkach czystej niedomogi serca od 70—190 mm Hg podług Riva-Rocci (nazywać to będę Mx lub PRr) i od 47—120 podług Gaertnera (PG). PD wahało się przy tem najczęściej pomiędzy 30 a 60 mm, ale w niektórych przypadkach wynosiło na szczycie niewyrównania tylko 20 mm (przy Mx 110) lub nawet 14 mm (przy Mx 119). Kilka razy było ono, przeciwnie, na szczycie niewyrównania bardzo wysokie, wynoszące np. raz 85 mm (przy Mx 189), a drugi raz 100 mm (przy Mx 190). Poprawie stanu chorego towarzyszyło w niektórych przypadkach jednocześnie podniesienie Mx i PD (np. Mx z 110 na 139 i PD z 20 na 65), w innych liczby Mx i PD przy poprawie krążenia spadały (np. Mx z 160 na 130, a PD z 54 na 23, lub Mx ze 124 na 107, a PD z 56 na 24), w jeszcze innych wreszcie spadkowi Mx towarzyszyło podniesienie PD (np. Mx z 130 na 118, przy zmianie PD z 14 na 28). W ostatnich przypadkach poprawę chorego można, zdaje się, postawić w związku z podniesieniem PD, a spadek Mx tłómaczyć można ustąpieniem kurczu drobnych naczyń po ustąpieniu zatrucia CO_2 wskutek wyrównania się krążenia (Sahli, Fellner). Przypadki takie stanowiły jednak znaczną mniejszość (około 1/6) moich spostrzeżeń. W pozostałych tłómaczenie mechanizmu poprawy na zasadzie zmian w Mx i PD i ich wzajemnego stosunku do siebie nie było wcale możliwe. W podobnych przypadkach grają niewątpliwie rolę zmiany w krążeniu obwodowem. Co do tego, to przekonałem się przy syste-

[2]) Z innych autorów za normę PG Doleschal uważał 120 mm Hg Jellinek 80—150, Grebner (23) 110—125, Kapsammer (36) 120—130, Sasaparel (61) 110—140, Schuele (64) 80—130, Weiss (71) 120 i t. d.

[3]) Z nich 24, dotyczące kobiet, pochodziły z oddziałów kol. M. Jakowskiego i A. Chełmońskiego, za co im na tem miejscu składam podziękowanie.

matycznem badaniu PG, że prawie w $1/3$ przypadków poprawa następowała przy raptownem zmniejszeniu się PG, pomimo jednakowego stanu PRr lub nawet pomimo jego podniesienia się, i to zarówno co do Mx, jak i co do PD. Co do takich przypadków twierdzić można ze znacznem prawdopodobieństwem, że wyrównanie krążenia nastąpiło wskutek usunięcia przeszkód na obwodzie. Jednakże co do owych przypadków, (liczba ich nieco przekraczała $2/3$ ogólnej liczby moich spostrzeżeń), w których poprawa krążenia następowała przy zmianie w PRr i w PG w jednakowym kierunku, nie mam żadnej podstawy rzeczowej do twierdzenia, co na tę poprawę wpłynęło: podniesienie się sprawności mięśnia sercowego, czy też zmienione warunki oporu obwodowego. Klinika M. Yanovskyego (72) z Petersburga próbuje rozwikłać podobne przypadki przez systematyczne badanie ciśnienia w naczyniach włosowatych i żyłach. Jak to już jednak w innej pracy (35) na zasadzie prób, w moim oddziale dokonanych, wyłożyłem, liczby, otrzymywane przy tych badaniach, nie zasługują na wiarę z powodu wad użytych przyrządów, a nadto, wobec zupełnie dziś dowiedzionej i uznawanej autonomii naczyń włosowatych w różnych odcinkach ustroju, nie możnaby nabrać najmniejszego pojęcia o stanie ciśnienia w naczyniach włosowatych całego ustroju przez określenie ciśnienia w naczyniach włosowatych palców, nawet gdyby użyte przyrządy Bascha (2) i v. Recklinghausena (56) działały bez zarzutu.

Spieszę też dodać, że nie udało mi się wykazać żadnego stałego związku pomiędzy kierunkiem i stopniem zmian w Mx i w PD, a skutecznością działania środków sercowych, co wreszcie z powyższego wyłożenia zmian w Mx, PD i PG przy poprawie warunków krążenia wynika, i na co już i inni autorowie (pierwszy Hensen) zwracali uwagę. Zależy to od tego, że nietylko Mx i PG, ale i PD zmieniać się może nietylko pod wpływem zmiany pracy serca, ale nadto w zależności od stopnia i rodzaju zmian w oporze obwodowym, który znowu z kolei zależy od sprawności nerwów naczynio-ruchowych i mięśniowych składników naczyń, od stopnia elastyczności ścian naczyniowych, oraz w ogóle od sprawności układu naczyniowego, zależnego od sumy wszystkich wogóle własności jego fizycznych i fizyologicznych. Badając Mx oraz PD w pozycyi leżącej chorego (pozycya A), w siedzącej z wyprostowanemi na łóżku nogami (pozycya B), przy siedzeniu z nogami opuszczonemi (pozycya C) i przy staniu (pozycya D), Broecking (9) przekonał się, że gdy u ludzi prawidłowych Mx przy pozycyi B się podnosi, to u ludzi ze złym stanem krążenia Mx może być w pozycyi B mniejsze, niż w pozycyi A. Zależy to od tego, że u takich osobników naczynia nie umieją w porę regulować odpływu krwi od narządów trzewnych ku obwodowi. Podobny spadek Mx przy pozycyi B stwierdziłem tymczasem w czterech przypadkach (3 stwardnienia naczyń i 1 zapalenia krupowego płuc). Poza tem zaś przekonałem się przy tych doświadczeniach wogóle, że już sama tylko zmiana pozycyi badanego osobnika wpływa wydatnie na wielkość PD, i to w niedającym się przewidzieć kierunku. Np. z dwóch zupełnie zdrowych młodych lekarzy u jednego PD wynosiło przy tych doświadczeniach kolejno w pozycyach A, B, C, D, po 40, 25, 23 i 21 mm, natomiast u drugiego, badanego w tych samych warunkach, liczby te wyniosły przeciwnie: 25, 41, 26 i 29 mm. Tak samo nieprawidłowo zmieniało się też PD u chorych ze spadkiem Mx w pozycyi B: u jednego z nich odnośne liczby przy czterech kolejnych pozycyach wynosiły: 24, 40, 36 i 36, u innych zaś 88, 54, 68 i 30; resp. 103, 96, 104, 90; resp. 129, 120, 81 i 73. Bardzo też zmiennie zachowywało się PD w doświadczeniach według Katzensteina, w których raz zmieniało się ono w kierunku podobnym do zmiany Mx, innym zaś razem, pomimo pozornie jednakowych warunków, w kierunku odwrotnym do zmiany Mx.

Z powyższych powodów twierdzić muszę na zasadzie swego materyału, dotyczącego nietylko chorych na serce, lecz i omówionych poniżej, że oryentowanie się w pracy serca na zasadzie wahań w PD jest zupełnie taksamo niemożliwe, jak niemożliwe jest ścisłe sądzenie o niej z wielkości Mx i z kierunku jego wahań. Dotyczy to zarówno oryentowania się w wielkości pojedynczego skurczowego (systolicznego) rzutu krwi (Schlagvolumen), jak i w pracy serca na minutę, co już dokładniej w powyżej wspomnianej pracy o czynnościowej dyagnostyce serca (35) omówiłem. Nie można mianowicie sądzić, że PD, ani też formuła $\frac{Mx}{Mm + \frac{PD}{2}}$, jak to twierdzą Fuerst i Soetbeer (19), jest miarą systolicznego rzutu krwi, skoro na powstanie tej wielkości składa się tyle warunków, działających w różnych kierunkach, które w dodatku w poszczególnych przypadkach przewidzieć się nie dają. Nie można też uważać iloczynu PD za miarę pracy serca na minutę (Erlanger i Hooker, Fellner, Fuerst i Soetbeer) z tego samego powodu, chociażby odpowiednie liczby wzrastały stale w miarę poprawy krążenia. Tembardziej zaś uczynić tego nie mogę, gdyż w znacznej części przypadków stwierdziłem poprawę krążenia przy zmniejszeniu się PD, a co za tem idzie, i iloczynu PD. Tego iloczynu nie można nadto brać za miarę wysiłku serca w tej formie dlatego, że nie uwzględnia on czasu, w ciągu którego serce podnosi słup krwi o PD, t. j. z Mm do Mx. Wszak wysiłek serca będzie inny, jeżeli podniesie ono krew o słup Hg = PD w ciągu np. 0,3 sek., a inny, gdy serce wykona tę pracę w ciągu 0,24 sek. W tym drugim razie wysiłek serca jest niewątpliwie większy. Gdyby więc nawet za podstawę obliczenia pracy serca można przyjmować PD (co miejsca nie ma), to i w takim razie trzeba wprowadzić do formuły PD poprawkę, uwzględniającą czas, taką, jak zaproponowałem i uzasadniłem w swej tylko co wymienionej pracy (35). Powtarzam tu jednak to, co i tam powiedziałem, że nawet ta poprawka wartości formuły PD nie ratuje, gdyż w jej podstawie leży PD, na którego powstanie składa się w każdym przypadku zbyt wiele warunków, i to w skojarzeniach, nie dających się przewidzieć, ani na razie rozwikłać.

Z tego samego powodu nie można też uważać za miarę oporu obwodowego współczynnika Strasburgera $\frac{PD}{Mx}$. Z wielkości tej bowiem, otrzymanej nawet w idealnie jednakowych (w rzeczywistości niemożliwych) warunkach badania tętnicy ramieniowej, nie możnaby jeszcze mieć nawet przybliżonego pojęcia o oporze, jaki przedstawiają dla krążenia naczynia bardziej obwodowe oraz trzewne. Co do pierwszych, to zestawianie ze sobą PG i PRr w szeregu po-

szczególnych przypadków przekonywa na każdym kroku, że ciśnienie w naczyniach obwodowych jest często zupełnie inne, niż w tętnicy ramieniowej, i zmienia się często w odmiennym kierunku. Co do naczyń zaś trzewnych, to badania, prowadzone przez Gotlieba i Magnusa (22) na zwierzętach, oraz prześlicznie pomyślane i wykonane badania na ludziach przez Otfrieda Muellera (46) nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do tego, że pomiędzy napięciem, panującem w naczyniach trzewnych, a istniejącem w danej chwili w naczyniach obwodowych zachodzi żywy antagonizm. Jeżeli więc nawet określać Mx i PD z możliwem usunięciem wpływu na nie ciśnienia bocznego na tej samej kończynie zapomocą odpowiedniego przyrządu, jak to proponuje Bing (4), to jeszcze to nas do poznania prawdziwej wielkości PD ani oporu w najbardziej nas obchodzących naczyniach trzewnych nie zbliży.

Powyższe wnioski opieram na zasadzie uważnego i bezstronnego rozpatrzenia kilku tysięcy liczb, otrzymanych przy badaniu 36 przypadków niedomogi serca i 64 przypadków jego wad organicznych, a mianowicie 20 przypadków niedomykalności zastawki dwudzielnej, 11 przypadków zwężenia lewego ujścia żylnego, 15 przypadków, w których obie te wady się ze sobą łączyły, 14 przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej, 2 przypadków zwężenia jej ujścia, oraz 2 jednoczesnego zwężenia jej ujścia z niedomykalnością jej zastawek. (C. d. n.)

O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego.

(Wykład na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w lipcu 1907).

Przez

Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Osobna zupełnie wzmianka należy się próbnym wstrzykiwaniom u dzieci. Koch — jak wiadomo — stosuje u dzieci dawki znacznie mniejsze, niż u dorosłych; taksamo Beck i wogóle wszyscy bezwzględni zwolennicy Kocha, wychodząc z tej zasady, że dziecko wrażliwszem jest od dorosłego na tuberkulinę. Otóż szeregi spostrzeżeń innych autorów do odmiennych doprowadzają wniosków.

Binswanger (34) z 261 dzieci, z których znaczna większość w 1 roku życia, stosuje dawki takie, jak Koch i Beck u dorosłych, t. j. 1—5—10 mlgr. (czasem tylko zaczyna od 0,1 mlgr.) i na 1000 wstrzyknięć nie ma »żadnego uszkodzenia«. Cytowany przez niego Behrend (»Orvosi Hetilap«, 1900, Nr. 23) u dzieci 1—2 tygodniowych dochodzi do 10 mlgr. *pro dosi.*

Bela Schick (231) u 120 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 14 lat stosuje dawki znacznie mniejsze na wzór cytowanych przez niego Epsteina i Eschericha[13]) i ma kilka nieszczęśliwych przypadków, o których niżej. Mettetal (170 bis) u 74 dzieci (w Żłobku przy paryskim szpitalu dziecinnym) bardzo licho odżywianych, w wieku bez wyjątku niżej 1 roku stosuje odrazu 0,1 mlgr. »i bez żadnych powikłań dochodzi do 0,2—0,3 mlgr.« Nigdy nie miał oprócz gorączki odczynowej najmniejszego wypadku. Zdaniem jego, dziecko znosi tuberkulinę daleko lepiej, niż dorosły. Objaw ten usiłuje wytłómaczyć Binswanger tą okolicznością, że u dzieci poniżej 2 lat sekcya bardzo rzadko kiedy wykrywa ogniska ukryte czynne. Cytowany zaś przez niego Hamburger twierdzi, że nigdy. Wypada więc, że tuberkulina wykrywa u dzieci tylko czynne ogniska i dlatego odczyn, wedle tych autorów, ma wielką wartość rozpoznawczą.

Schreiber (230) u 40 noworodków zaczynał wstrzykiwania od 0,1 mlgr. i dochodził, nie spostrzegając odczynu, do 3 mlgr. Zachęcony takim wynikiem, zaczynał później wstrzykiwania od 0,5 mlgr. i »w szybkiem tempie dochodził do 1,5 centigr. bez śladów jakiegokolwiek odczynu«. »Później — powiada on — podnosiłem dawki o 1 lub o 2 centigr., tak że przy 3 lub 4 wstrzyknięciu dochodziłem do 5 centigr.. Ale nawet po takiej dużej jednorazowej dawce nie było u dzieci najmniejszych śladów odczynu, żadnego nacieku skóry, żadnego zaburzenia w stanie ogólnym«.

Przytoczone wyżej cyfry i fakty chyba upoważniają do wniosku, że tuberkulina, jako środek rozpoznawczy u dzieci w działaniu swem jest wysoce nieobliczalna. Na tę właściwość działania — pozwolimy sobie zauważyć — kładzie mocny nacisk Köhler w swej pracy »Tuberkulin und Organismus«. Ale tu jeszcze wypada zwrócić uwagę na jeden charakterystyczny szczegół, stanowiący punkt niezgody pomiędzy autorami.

Mettetal dowodzi, że odczyn pokazuje się u dzieci szybciej, niż u dorosłych. Maximum ciepłoty następuje raptownie w ciągu 6 godzin po wstrzyknięciu, dochodząc do 39—39,5° i spada do normy w ciągu 12—24 godzin.

Bela Schick znów uważa za charakterystyczny rys u dzieci odczyn powolny i przedłużony (»protrahierte Reactionen«). Więc niewiadomo, gdzie prawda? Stając na punkcie widzenia Binswangera, że dzieci poniżej 2 lat oddziaływają wtedy tylko na tuberkulinę, gdy istotnie chore są na gruźlicę i mają ogniska czynne, wynikałoby, że odczyny powinny być wyraźne i wyraźniejsze niż u dorosłych, jak to wypada logicznie u Mettetala i Binswangera. Dlaczego jednak Bela Schick, wedle którego »ustrój dziecka gruźliczego ma wysoką wrażliwość na bardzo małe dawki (»kleinste Dosen«)« znajdował na dużym materyale niewyraźne i »przedłużone odczyny«, istotnie, trudno sobie wytłómaczyć.

VI.

Wobec tych zasadniczych sprzeczności, jakie napotykamy w próbnem stosowaniu tuberkuliny, znajdujemy, również sprzeczności, w rzeczach choć ważnych, ale w danym razie podrzędnych. Weźmy np. podniesienie ciepłoty, jako kryteryum odczynu. Znaczna większość autorów zgadza się na to, że podniesienie 0,5—0,8° po nad prawidłową ciepłotę jest prawdziwym objawem odczynu. Otóż z tablic widzimy, że Roepke stawia jako granicę 1° C. Freymuth zaś 1—1,5—2° C. Również nie ma zgody na to, jacy chorzy i na jakie dawki silniej oddziaływają. Znaczna większość autorów jest tego zdania, — od spostrzeżeń Turbana z r 1890/91 począwszy — że chorzy ze świeżą sprawą oddziaływają na małe dawki silniej, niż chorzy ze sprawą dawną i daleko posuniętą. Tymczasem Löwenstein i Rappoport, opierając się na obfitym materyale dowodzą, że lekko chorzy średnio oddziaływają na wyższe, zaś ciężko chorzy na niższe dawki. Jest to sprawa niejasna. Również niejasnem jest, dlaczego nie ma żadnego związku pomiędzy natężeniem odczynu a nasileniem sprawy chorobowej? Jeżeli nasilenie choroby jest wyrazem stopnia zakażenia lub intoksykacyi, to dlaczego ciężkość odczynu, wywołanego tuberkuliną, pozostaje bez związku z ciężkością choroby? Jeśli tak, to można wywoływać odczyn mniejszego lub większego natężenia bez rozumienia dalszych jego wyników dla ustroju. Z tem zaś pytaniem wiąże się pytanie pierwszorzędnej wagi społeczno-lekarskiej, na co już przed 17 laty zwracał bar-

[13]) Epstein u dzieci poniżej 3 lat zaczyna od 0,1 mlgr i zwiększa ostrożnie nast. dawki o 0,05—0,1 mlgr. Escherich u małych dzieci stosuje 0,2—0,5 mlgr., u starszych 0,5—1,0 mlgr.

dzo energicznie uwagę v. Leyden, a mianowicie, czy wstrzykiwania, choćby małych dawek, nie są pozbawione niebezpieczeństwa dla chorego, podejrzanego o gruźlicę? Bezwzględni zwolennicy Kocha dają nań zupełnie zadawalniającą odpowiedź. Nikt z nich nie miał nigdy nieszczęśliwych przypadków i to przy wstrzykiwaniach, których cyfry dochodzą do dziesiątków tysięcy. Freymuth (54) już w 1903 r. wspomina o 10000 wstrzyknięć bez żadnego nieszczęśliwego wypadku. — Moeller (161) na posiedzeniu Tow. med. wewn. w Berlinie 4 III 1907 wspomina o cyfrze 30000 wstrzyknięć także bez żadnego wypadku. Ale wobec tych szczęśliwych i to takich dużych seryi, widzimy i odwrotną stronę medalu, tj. szereg nieszczęśliwych wypadków u różnych autorów. Między nimi zaś znajdują się nietylko przeciwnicy tuberkuliny, ale i zwolennicy, lecz ostrożni, nie bezwzględni.

Klinika podaje w tym względzie sporo faktów pouczających; zapisujemy je pokrótce.

Hammer, choć zwolennik tuberkuliny, uznaje niebezpieczeństwa, jakie mogą być związane z rozpoznawczemi wstrzykiwaniami tuberkuliny i wspomina o jednym wypadku śmierci z sekcyą, ale wyników jej nie podaje (96).

Köhler, który wogóle dla celów rozpoznawczych nie stosuje tuberkuliny, raz po próbnem wstrzyknięciu $^1/_2$ miligr. widział u chorego silny ogólny odczyn z wysoką gorączką i niepokojącym stanem podniecenia przy zupełnej utracie przytomności. Jest on także tego zdania, że »tuberkulina wcale nie może być uważana za nie niebezpieczną« (128).

Kremser (133) miał następujący wypadek, dotyczący chorego, już dawniej cierpiącego, ale który w ostatnich miesiącach doznał znacznego polepszenia. Wówczas dostaje 1-ą dawkę $^1/_{5000}$ miligrama T i zaraz po niej bolu w lewem najądrzu. We 3 dni po 1-ej druga dawka $^1/_{100}$ miligrama, po której następuje zapalenie, potem ropienie, zakończone wytrzebieniem. Wprawdzie Kremser usiłuje przekonać, że chodziło tu »o pierwotne zapalenie najądrza, o którym ani chory ani lekarz nic nie wiedzieli«, ale argument taki nie wydaje się dostatecznie przekonywującym.

S. Schrader (233) opisuje dwa następujące przypadki: 1) zapalenie ropne około-odbytnicze i przetokę odbytu, które się pojawiły raptownie po próbnem wstrzyknięciu u bardzo mocno zbudowanego i dobrze odżywionego człowieka, dotkniętego »nieżytem szczytu«, bez żadnych innych powikłań; 2) 30-letni robotnik z nieznacznym »nieżytem« w prawym płacie i kilkoma suchemi rzężeniami w lewym szczycie bez TBC, przy dobrym stanie odżywienia, dostaje po 1-em próbnem wstrzyknięciu zapalenia prawego jądra, które trwa 5 tygodni i jest tak silne, że nasuwa myśl o zabiegu operacyjnym. Autor przypisuje te wypadki bezpośrednio tuberkulinie, tak, że stosowanie jej lecznicze całkiem z sanatoryum usuwa, nadto w bezpośrednim związku z tuberkuliną widział pojawienie się krwotoków u chorych, którzy ich przedtem nie mieli.

Pickert (190) wstrzykuje $^1/_2$ miligr. lekko choremu, który czuł się zupełnie zdrowym i był zdolny do ciężkiej pracy. Po wstrzyknięciu następuje gorączka 40⁰, trwająca 3 dni, przy ciężkich ogólnych objawach z wymiotami i stanem podobnym do zapadu. Waga ciała zaś w ciągu 6 dni spadła niemal o 4 kgr.

Wegener (Sanatoryum Erbprinzentanne) przytacza przypadek, w którym chory po jednem wstrzyknięciu 0,001 miligr. T dostał bólu w boku, a później zapalenia opłucnej. »Nie wątpię — powiada autor — że przez takie jedno wstrzyknięcie może stare ognisko na opłucnej przejść w stan zapalny i wywołać poważne zapalenie opłucnej« (252).

Foss (Sanatoryum Liebenstein) wspomina o dwóch przypadkach: 1) po wstrzyknięciu 0,000005 gr. T gorączka 38—39⁰ przez kilka dni, a później silny krwotok; 2) po pierwszem wstrzyknięciu 0,000014 gr. silny miejscowy odczyn; po drugiej dawce 0,00005 gr. lekki krwotok (75).

Nienhaus (175) (Sanatoryum Bazylejskie w Davos) opisuje krwotok wynoszący 100 cc^3 na trzeci dzień po trzeciem wstrzyknięciu wynoszącem 4 miligr. (1-sze wstrzyknięcie 1 mil., 2-gie 2 mil.); krwotok powtórzył się raz jeszcze, ale chory po 4 miesiącach wyzdrowiał.

Schüle (233 bis) mówi o chorym, który w celu wyświetlenia rozpoznania (z początku myślano o durze brzusznym, ale ciepłota wróciła do normy) dostał 0,00025 gr. na 1-szą dawkę. Tegoż dnia ciepłota doszła do 37,7⁰. Na drugi dzień ciepłota prawidłowa, na 3-ci dzień nowa dawka 0,0005, po której nastąpiło obrzmienie śledziony, raptowne podniesienie się ciepłoty, upadek sił itd. We 4 tygodnie po 2-iej dawce zejście. Sekcya wykrywa gruźlicę gruczołów oskrzelowych, zapalenie gruźlicze w lewem płucu, gruźlicę prosówkową płuc, śledziony itd. »Wypadek ten — powiada autor — świadczy o możliwości ciężkiego uszkodzenia ustroju gruźliczego przez próbne wstrzyknięcie tuberkuliny i wystarcza, aby tymczasowo zarzucić tę metodę«.

Wprawdzie w wynikłej z tego powodu polemice zarzucają zwolennicy Kocha, Köppen (131 b.) i Servaes (240 b.), że chory już miał niektóre objawy gruźlicy prosówkowej i że wstrzykiwania nie były robione ściśle wedle metody Kocha. Ale argumenty te ostatecznie przekonywającymi nie są i pozostaje w końcu wielka wątpliwość w tem znaczeniu, że ilość 0,0005 gr. T może rozniecić sprawę gruźliczą i rozsiać ją w całym ustroju.

Wspomnijmy dalej o przypadkach, opisanych przez Belę Schicka u dzieci, które mają być mniej wrażliwe na tuberkulinę od dorosłych. — U dziewczyny, liczącej 5 lat i 9 miesięcy, w stanie od 6 dni bezgorączkowym, w 5 godzin po wstrzyknięciu 0,00005 gr. T ciepłota podnosi się do 39,2⁰ i występuje sinica. We 4 godziny potem ciepłota 40⁰, tętno 160, oddech 64 i wreszcie zapad. Ciepłota jeszcze przez 3 dni utrzymuje się w granicach 39,5—39,7. Drugi zupełnie podobny przypadek u dziewczyny, liczącej 12 lat 9 miesięcy, po dawce 0,001 gr. — Następnie 1 przypadek śmierci u chłopca 12-letniego, który dostał dwie dawki (0,005 i 0,01 gr. w odstępie 11 dni) i zmarł w 8 dni po drugiej dawce. Sekcya wykryła wprawdzie guz gruźliczy w mózgu wielkości orzecha laskowego. Pytanie jednak, czy tuberkulina zejścia nie przyspieszyła.

Bela Schick, przytaczając inne nieszczęśliwe przypadki, powiada: »przy wstrzykiwaniach leczniczych tuberkuliny sprawa w niektórych przypadkach niepowstrzymanie postępuje naprzód, a rozsianie prosówkowe gruźlicy nie jest niemożliwem« (231). To samo, tylko wyraźniej, już na 14 lat przed Schickiem powiedział Heubner (93).

Zestawiając te wszystkie fakty i cyfry, klinicysta, szukający jasnych i określonych wyników ze stosowania danych metod, znajduje się istotnie w bardzo trudnem położeniu.

Bezwzględni zwolennicy Kocha, Moeller, Löwenstein, Bandelier, Freymuth, Roepke itd., uważają tuberkulinę za bardzo delikatny odczyn (»feinstes Reagens«) zdolny rozstrzygnąć sprawę gruźlicy wszędzie tam, gdzie metody klinicznego badania okazują się niedostateczne. Z ich stanowiska, jako lekarzy sanatoryalnych, sprawa ta ma pierwszorzędne praktyczne znaczenie. U niektórych, jak widzieliśmy, dodatnie wyniki wstrzykiwania stanowią 100%, u innych przeszło 90%. Ostatecznie niektórzy z nich przyjmują, że tuberkulina może w 10% dać wynik błędny (brak odczynu tam, gdzie jest gruźlica). Gdyby tak zawsze było, w takim razie z prawdopodobieństwem $^9/_{10}$ przeciw $^1/_{10}$ tuberkulina powinnaby być powszechnie przyjętą jako istotne, naukowo uzasadnione kryteryum gruźlicy płuc. W takim razie szkoła Kocha powinnaby dla dobra całej ludzkości wyrobić pewne określone metody postępowania, a nie prowadzić polemik o takie zasadnicze rzeczy, jak dawki, ich rozmiar i sposób stosowania.

Ale wobec szkoły Kocha występują bardzo poważni autorzy, jak A. Fraenkel, Cornet, A. Schmidt, Meissen, Schröder i inni. Jedni z nich widzą w tuberkulinie

środek pomocniczy o wartości wcale względnej; drudzy zaś nie uznają jej roli rozpoznawczej.

Ta okoliczność, iż tuberkulina daje odczyn u ludzi dotkniętych innemi chorobami niż gruźlica lub u zdrowych żołnierzy i to w takich znacznych odsetkach; ta okoliczność, że tuberkulina może wywoływać odczyn przy ogniskach dawnych, zasklepionych, nie mających żadnego ani klinicznego, ani życiowego znaczenia; ta okoliczność, iż tuberkulina przy jednorazowej i to minimalnej dawce może wywołać poważne, a nawet niebezpieczne skutki (wprawdzie bardzo rzadko), doprowadza szereg autorów do zastrzeżeń, innych znów do zupełnego jej odrzucenia.

»Wprawdzie odczyn — powiada A. Fränkel (60) — wykrywa istnienie ogniska gruźliczego gdzieś w ustroju, ale wcale nie dowodzi, aby się ono w płucach znajdowało. Tylko w tych przypadkach, gdzie jednocześnie z odczynem ogólnym powstaje wyraźny odczyn miejscowy, np. pojawienie się rzężeń w jednym szczycie, gdzie ich pierwej nie było, zwiększa się prawdopodobieństwo w tym kierunku. Ale właśnie ukazanie się takich wyraźnych miejscowych objawów u »podejrzanych« po większej części się nie zdarza«. Cornet (39) powiada: »Odczyn dodatni po tuberkulinie nie będzie mógł w przyszłości sam przez się być rozstrzygającym i pozostanie bardzo cennem uzupełnieniem środków rozpoznawczych, pod warunkiem, aby inne objawy już na gruźlicę wskazywały«. — Röth-Schulz (210) w niedawnej bardzo cennej pracy, opierając się na bardzo wielkim materyale, gdyż dotyczącym 1,112 chorych, który zebrał w Sanatoryum w Beelitz w ciągu 3 lat, dochodzi do zupełnie analogicznego wniosku, streszczając go w następujących słowach: »Wogóle próbne wstrzykiwania nie mogą być uważane za samodzielną rozstrzygającą metodę, lecz tylko jako uzupełnienie innych sposobów rozpoznawczych«. A. Schmidt znów utrzymuje, iż ujemne wyniki próby tuberkulinowej mają większą wartość, niż dodatnie.

Obok tych bezwzględnych i względnych zwolenników tuberkuliny, znajdujemy i przeciwników, jak Meissen i Schröder. Pierwszy twierdzi, że pod względem rozpoznawczym tuberkulina »daje za dużo lub za mało« (166). Schröder (234) zaś dowodzi, że tuberkulina — dając odczyn na wszelkie ogniska, czynne lub nieczynne, w płucach lub w gruczołach — pod względem rozpoznania gruźlicy płuc wiedzie do błędnych wyników, gdyż na ich podstawie powinni być poddani leczeniu tacy chorzy, »którzy i bez leczenia nigdyby nie byli prawdziwymi chorymi«.

Osobne stanowisko zajmuje Sahli (228), który jest przeciwnikiem nie tylko dlatego, »że tak zwane próbne wstrzykiwania, zarówno przy wyniku dodatnim lub ujemnym niczego nie dowodzą« ale jeszcze, co ważniejsza, dlatego, »że przy rozpoznaniu tuberkuliną robimy to, co uważamy za niebezpieczne, t. j. przeładowujemy ustrój trucizną po to, aby oddziaływał i gdy rozpoznanie za pierwszym razem nie uda się, to dyagnosta robi 2-gie i 3-cie wstrzykiwanie z wielokrotnie zwiększoną dawką! Tak wolno postępować w medycynie zwierzęcej, lecz nie w ludzkiej«.

Zbierając to wszystko przychodzimy do wniosku, który można sformułować w kilku słowach: znaczenie rozpoznawcze tuberkuliny ze stanowiska klinicznego rozstrzygniętem nie jest.

VII.

Jeśli w próbnych wstrzykiwaniach tuberkuliny panuje tyle sprzeczności pomiędzy autorami w zasadniczych i podrzędnych zagadnieniach, to tem bardziej da się to powiedzieć o leczeniu tuberkuliną.

Przechodzimy odrazu do poszczególnych punktów. Jeśli rzucić okiem na kolumny naszych tablic, zatytułowane: rodzaj chorych, przeciwskazania, to widać, że znaczna większość uważa za nadających się do leczenia takich chorych, u których nie ma zbyt wielkiego zniszczenia w płucach, a więc takich, u których można spodziewać się poprawy, z zastrzeżeniem przytem, aby ich stan ogólny był zadawalniającym, waga prawidłowa i aby nie mieli gorączki. Skoro tych warunków nie ma, trzeba zapomocą higieniczno-dyetetycznego leczenia poprawić stan ogólny i wagę, oraz obniżyć ciepłotę [14]). Do jakiej normy tego autorowie wyraźnie nie powiadają. — U Turbana np. znajdujemy jako kryteryum 38°, u Freymutha 37,2°, ale są i tacy jak Krause (114), który stosuje tuberkulinę (BE) bez różnicy u gorączkujących i otrzymuje bardzo dodatnie wyniki. Krause kładzie nawet bardzo silny nacisk na działanie przeciwgorączkowe BE, gdyż otrzymał doskonałe wyniki w tym względzie wśród klienteli wiejskiej, żyjącej wśród najgorszych warunków higienicznych. Również dla Bandeliera (32) gorączka nie jest żadnem przeciwwskazaniem przy stosowaniu BE, o ile tylko płuca dają nadzieję polepszenia. Zgodnie z Kochem otrzymuje on zniknięcie gorączki »wywoływaniem silnych odczynów«. Ale idźmy dalej. Jak widać z tablic u wszystkich autorów spotykamy chorych w 3 okresach Turbana, tylko jeden Mitulescu (149) chorych 3-go okresu leczeniu nie poddaje. Natomiast Denys (45) w swej liczbie 442 chorych ma 47 zupełnie beznadziejnych, a Schnöller (227), zwolennik jego metody, ma przeszło 86% chorych z obustronnym zajęciem płuc i wyłącza od leczenia tylko gruźlicę prosówkową, ostro przebiegającą, oraz chorych, których odporność sprowadzoną jest do minimum. Właściwie mówiąc, u tych dwóch autorów przeciwwskazań nie ma. Tymczasem Mitulescu (150) badając w Instytucie Kocha przemianę materyi u gruźliczych dowodzi, że tuberkulina działa silnie podniecająco na komórki ustroju i że z tego powodu stosowaną być powinna tylko w początkujących okresach. »Gdzie żywotność ustroju — powiada on — jest zmniejszoną i sprawa dezasymilacyi daje się trudno zwalczyć, tam wstrzykiwania tuberkuliny mogą chorobliwy stan komórek jeszcze więcej pogorszyć«.

Jeśli wrócimy do innych objawów klinicznych, to znajdziemy sprzeczności w bardzo ważnych sprawach, jak np. krwotoki lub powikłania gruźlicy płuc w innych narządach. Jedni uważają krwotoki za wyraźne przeciwwskazanie dla tuberkuliny; drudzy tylko świeże krwotoki. Pöppelmann (189) krwotoki naczyniowe, ale nie z naczyń włoskowatych. Löwenstein i Kauffmann (139) wstrzykują tuberkulinę »pomimo powtarzających się krwotoków« (Blutsturz). Denys nie tylko nie widzi przeciwwskazania w krwotokach, lecz jest tego zdania, że jego BF jest cennym środkiem przeciw krwotokom.

Przejdźmy do powikłań. Turban (243) np. uważa, iż poza obrębem płuc, tylko powikłania gruźlicze w krtani, gruczołach i skórze nie wyłączają stosowania tuberkuliny. Tymczasem u Rosenberga (207) i Lüdkego (143) spotykamy leczenie tuberkuliną przy takich powikłaniach płuc, jak gruźlica pęcherza, stawów, ucha; u Pöppelmanna przy takich, jak zapalenie otrzewnej i opłucnej. Tu jeszcze zauważmy w sprawie wskazań i przeciwwskazań, że taki znakomity klinicysta jak Sahli, sam nie wyraża się jasno w tej sprawie. Raz zaleca jako najlepszy materyał do leczenia TBK tylko najpierwsze okresy płucne, a nawet» profilaktyków«, a później znów powiada: »Stosowałem tuberkulinę Beranecka nie tylko w gruźlicy płuc, ale i w gruźlicy błon surowiczych (opłucnej i otrzewnej), w gruźlicy krtani, dróg moczowych i nerek, jelit, skóry, gruczołów, oraz w kilku przypadkach gruźlicy chirurgicznej z dobrymi wynikami«. Wreszcie osobne w pewnym względzie miejsce

[14]) Nie podobna nie zaznaczyć, iż higieniczno-dyetetyczna metoda, usunięta przez zwolenników »swoistego« leczenia tuberkuliną na zupełnie podrzędne stanowisko, występuje na pierwszy plan, skoro chodzi o poprawę stanu ogólnego. Czemże jest ona — ta poprawa — w gruncie rzeczy, jeśli nie uwolnieniem częściowem chorego od zatrucia toksynami gruźliczemi? A więc, dla leczenia »swoistego«, którego celem jest zmniejszenie stopnia intoksykacyi ustroju, trzeba zapomocą metody higieniczno-dyetetycznej, a więc nie »swoistej« najpierw osiągnąć właśnie zmniejszenie intoksykacyi, aby później módz stosować tuberkulinę. Wypada z tego, że tuberkulina i metoda higieniczno-dyetetyczna mają jeden i ten sam cel i to samo działanie; różnica polega tylko na chronologicznym porządku.

zajmuje Roemisch (198 i 199) a z nim Amrein (7 b.). Stosują oni tuberkulinę u takich chorych, których stan, po dłuższem leczeniu klimatycznem zatrzymał się na miejscu. Znajdują się więc u nich chorzy z daleko posuniętą gruźlicą przewlekłą, u których ucichły sprawy nieżytowe okołoogniskowe, choć same ogniska są zupełnie czynne. W takich razach u ciężko chorych otrzymywali oni zupełnie zadowalniające wyniki tam, gdzie leczenie klimatyczne, choćby dłuższe, doszedłszy do pewnych granic, nadal okazało się bezsilnem.

Jeśli spojrzymy na kolumnę: rodzaj tuberkuliny, to widzimy, że większość używa T. Inni znów, jak Pöppelmann, Rosenberg używają tylko BE. Möller u różnych chorych używa jednej i drugiej. Amrein i Roemisch u jednych i tych samych chorych zaczynają leczenie od T, a kończą na BE. Goetsch (78) zaczyna od 0,00001 gr. T i jeśli dawka taka wywołuje odczyn, czyli chory niedobrze ją znosi, przerzuca się do TR, uważając ją za przygotowanie (»Vorkur«) do starej. Wówczas znów wraca do T, która tym razem w dawce 0,0001 gr. albo nawet 0,001 gr. lepiej jest znoszoną. Wreszcie Mitulescu używa rozmaitych preparatów Kocha, oraz tuberkulinę PTO Spenglera, o której osobno mówić będziemy.

Panuje, jednem słowem, zupełna dowolność w wyborze tuberkulin, choć preparaty te pod względem swego składu są tak bardzo od siebie różne. Nie widzimy, niestety, żadnej zasady, którąby się kierowali autorzy w swym wyborze.

Ponieważ: 1) człowiek w przeciwstawieniu do świnki morskiej jest bez porównania wrażliwszym na toksyny gruźlicze niż na TBC, ponieważ 2) działaniu tych złożonych toksyn — jak zaznacza Szumowski — należy przypisać cały szereg chorobowych objawów (gorączkę, poty nocne, ogólne wyniszczenie etc. etc.), które w sumie przedstawiają zatrucie całego ustroju, więc w sprawie uodporniania przeciw gruźlicy, logiczną *a priori* wydawałaby się formuła Maragliano (151). Najprzód — jako rzecz główna — zobojętnienie toksyny, sprowadzające zaburzenia w komórkach tkanek, a tem samem stwarzające grunt podatny dla rozwoju TBC; później rozwój TBC powstrzymać, wreszcie zniszczyć je. W takim razie stosując dwie tuberkuliny u tego samego chorego, wypadałoby zaczynać od T, a kończyć na TR lub BE. Ale właśnie widzimy, że autorowie postępują w odwrotnym kierunku, niczem nie uzasadniając swego sposobu postępowania. Również nie uzasadniają naukowo, dlaczego jedni stosują wyłącznie T, drudzy zaś wyłącznie BE. Jeśli wejść głębiej w treść całego mnóstwa rozpraw o tuberkulinie, to przychodzi się do wniosku, że stosowanie T lub BE lub TR jest dowolne, że dany autor rozpoczynał próby z T i po otrzymaniu zadowalniających wyników, posługuje się tylko T. Inny znów dla tych samych powodów używa tylko BE lub TR. Jedynem uzasadnieniem jest: otrzymanie *á posteriori* pewnych zadawalniających wyników u tej lub innej kategoryi chorych, w tym lub innym kierunku. Ciekawe w tym względzie są rozprawy na Zjazdach ftyzyoterapeutów niemieckich w Berlinie w 1903 i 1904 r., a także spostrzeżenia Jurgensa, zwłaszcza co się tyczy BE.

Pickert (192) np., który jest ostrożnym zwolennikiem tuberkuliny powiada, że stosował wyłącznie BE w 20 przypadkach u ciężko chorych (i to umyślnie u ciężko chorych) i otrzymał tak dobre wyniki i takie polepszenia »jakich przedtem w żaden sposób spodziewać się nie mógł«. Jurgens (102 i 103) natomiast robił z BE przedewszystkiem doświadczenia na świnkach morskich gruźliczych i zdrowych i zapomocą badań bakteryologicznych, jako też sekcyi przyszedł do wniosku »że cofnięcie się sprawy gruźliczej pod wpływem BE nigdy nie następowało, chociaż zdolność do aglutynacyi zawsze się wzmagała«. Następnie stosował BE u 20 chorych, wśród których znajdowały się sprawy posunięte, ale z nadzieją wyleczenia. Wogóle nie spostrzegał on polepszenia stanu ogólnego i dążności do wyleczenia ani w jednym przypadku. Na przebieg gorączki BE wogóle pozostawała bez wpływu. W gruźlicy posuniętej wywoływała przy małych dawkach duże zaburzenia w stanie ogólnym (duszność, wymioty) tak, że leczenie wkrótce trzeba było przerwać. Ale i w lekkich przypadkach trzeba było leczenie przerwać z powodu wyrządzonych szkód. W szczególności przytacza on przypadki silnego obrzmienia wątroby i śledziony, z wymiotami, żółtaczką, dalej zapalenia krwotocznego nerek, które trwało 2 miesiące, a białko pozostawało jeszcze dłuższy czas, albo powstanie wrzodu na korzeniu języka, z którego szczepienie wywołało wyraźną gruźlicę u zwierząt. Przychodzi więc wobec tych wszystkich danych do wniosku, że obowiązkiem lekarza jest powstrzymać się od leczniczego stosowania BE wedle przepisów Kocha. Na punkcie zjawiska aglutynacyi również zupełnie różni się od Kocha. Wprawdzie przy dłuższem leczeniu i przy większych dawkach siła aglutynacyi wszędzie wyraźnie wzrastała, ale równolegle z tem, bez powstawania ciał ochronnych, sprawa gruźlicza postępuje naprzód. A ma to — zdaniem Jurgensa — miejsce z tej racyi, że aglutynacya jest odczynem ustroju na wchłanianie ciał laseczników lub preparatów tuberkuliny.

Kremser również zaniechał stosowania BE, gdyż przy bardzo ostrożnem dawkowaniu spostrzegał zanadto wysokie gorączki odczynowe przy silnych zaburzeniach ogólnego stanu, czego nie spotykał przy T (133). Rumpf (196) spostrzegał 8 dni trwającą gorączkę około 40^0 przy stosowaniu BE, którą dla tych samych powodów zarzucił. Roepke mówi znów o zbyt silnych naciekach w następstwie wstrzykiwania BE. Wreszcie Neugershausen (167) spostrzegał w miejscu wstrzyknięcia ropnie gruźlicze; w ropie zaś zostały wykazane drobnowidowo laseczniki Kocha.

Zbaczając cokolwiek, zauważmy z tego powodu, że podobne zjawisko wedle Maragliano (151 i 152) jest pożądanem, gdyż przez »szczepienie« materyału gruźliczego wywołuje on celowo miejscowe ropnie, mając na widoku uodpornienie całego ustroju przeciw gruźlicy. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły doświadczeń Maragliano, i całej jego teoryi leczenia gruźlicy przez uodpornienie bierne zapomocą surowicy zwierząt szczepionych TBC. Chcemy tylko zauważyć, że doświadczenia jego zostały stwierdzone na świnkach morskich przez Frenkla i Bronsteina (67). Tymczasem Karwacki (136) dochodzi do innego wniosku, a mianowicie, że surowica taka wywołuje wprawdzie w ustroju bakteryolizę laseczników, ale nie chroni go przed intoksykacyą proteinową i wpływa niepomyślnie na rozwijającą się gruźlicę. Nic więc dziwnego, że wobec sprzecznych wyników, metoda Maragliano, — poza obrębem szkoły Genueńskiej — nie znalazła, o ile nam wiadomo, szerszego zastosowania, pomimo zarzęczeń jej twórcy, że będzie szczepił człowieka przeciw gruźlicy tak samo, jak przeciw ospie i że ma takie duże ilości wyleczeń, że trudno je objąć statystyką. Tu można przytoczyć bardzo trafne słowa Sokołowskiego: »Sprawa ta, wysoce doniosła z punktu widzenia naukowego, nie może mieć obecnie praktycznego znaczenia, poglądy bowiem i dane Maragliano podlegają dziś jeszcze licznym wątpliwościom« (251) (str. 658).

Wracając do BE, zaznaczyć winniśmy, iż wobec wspomnianych wyników, przez niewielu tylko zwolenntków Kocha jest stosowaną. Oprócz wyżej wspomnianych, szkodliwemi są wyniki BE dla innego jeszcze powodu, na który zwraca uwagę Kremser, a mianowicie: przy najdoskonalszem roztarciu laseczników, resztki ciał laseczników ilościowo nierównomiernie znajdują się w zawiesinie. Więc jednakowe dawki BE mogą wywoływać wielce różne toksyczne działanie, z tem zaś związana niepewność i nieobliczalność tego działania.

Zatrzymaliśmy się z rozmysłem dłużej nad BE, gdyż ostatniemi czasy przez niektórych zwolenników Kocha gorąco jest polecaną.

Zaznaczmy w związku ze stosowaniem BE, że próby stosowania TR były w swoim czasie robione u nas. Po otrzymanych niepomyślnych wynikach, TR została przez naszych klinicystów zarzucona. W. Jeż (109), L. Nencki (177), Wł. Mączewski, A. Łogucki i M. Jakowski (110), spostrzegali podniesienia ciepłoty do $40,5^0$, pogorszenie stanu ogólnego i płuc oraz krtani. Nadto badanie drobnowidowe TR wykryło obecność w niej dwoinek zapalenia płuc, gronkowców i paciorkowców — zapewne wskutek zanieczyszczenia samego preparatu — które się pięknie dały hodować na agarze glicerynowym. Z tych więc przyczyn pomienieni autorowie odstąpili od dalszego stosowania TR. Z zestawienia tych wszystkich cyfr, faktów i rozpraw autorów niech sam czytelnik wyciągnie odpowiednie wnioski.

Jeśli przejdziemy do dawkowania, to tutaj można widzieć dwie grupy: starych zwolenników Kocha i zwolenników metody Goetscha, od którego datuje nowy zwrot w stosowaniu tuberkuliny Kocha[15]). Zasady swe streszcza Goetsch w następujących punktach: 1) zaczynać od małych dawek 0,0001 gr. albo 0,00001 gr., więc od dawek o 10 -100 razy mniejszych, niż zmniejszone już dawki Kocha; 2) podwyższać o te same dawki, pod warunkiem, aby poprzednia dawka nie wywoływała najmniejszego podniesienia się ciepłoty; 3) prowadzić całe leczenie bez podniesienia ciepłoty; 4) nie zaczynać leczenia u gorączkujących. Zasady takiego leczenia były wprowadzone w praktykę przed Goetschem przez Sahliego. W pracy swej powiada Sahli, że jego doświadczenia kliniczne naprowadziły go na drogę leczenia tuberkuliną bez żadnych odczynów już przed Goetschem. Szkoda wielka, że tej miary klinicysta, co Sahli, nie ogłosił wcześniej swych wyników, gdyż ze względu na powagę jego imienia, nowa metoda leczenia, mogłaby była wyrobić sobie prawo obywatelstwa w świecie lekarskim.

Starzy zwolennicy Kocha pod wpływem Goetscha zmniejszyli początkowo dawki tak, że zaczynają od 0,0001 gr. średnio. Natomiast niektórzy, jak Hammer, Denys poszli dalej w kierunku Goetscha i zaczynają od dawek 10 i 100 razy mniejszych, niż Goetsch, a mianowicie od $^1/_{10.000.000}$ gr. lub $^1/_{5.000.000}$ gr. substancyi czynnej T lub BF. Ale między szkołą Kocha i Goetscha-Sahliego panuje dalej ogromna różnica w zwiększaniu dawek i w sposobie postępowania. Gdy zwolennicy Goetscha-Sahliego powiększają dawki stopniowo, zazwyczaj o tę samą dawkę, gdy przy najmniejszym odczynie nie podnoszą ich, lecz zmniejszają, gdy całe leczenie powinno odbywać się w granicach ciepłoty prawidłowej, zwolennicy Kocha postępują wręcz przeciwnie. Moeller (156 i 157) n. p. zwiększa dawki o $^5/_{10}$ – 1 milgr. po pierwszem podniesieniu ciepłoty; a gdy wrażliwość na tuberkulinę tym sposobem zostaje zwalczona, szybko podnosi następujące dawki o 6 – 10 — 20 – 40 – 60 mlgr. i t. d. Tak samo postępuje Petruschky, Bandelier i inni[16]).

VIII.

Jednem słowem panuje duża sprzeczność w tych zagadnieniach, mających nietylko pierwszorzędne teoretyczne, ale jednocześnie praktyczne, a raczej kliniczne znaczenie. Mniejsza o to, gdyby to był tylko spór o oderwane teorye. Ale tu chodzi o skutki postępowania, opartego na zasadach niewyraźnych i sprzecznych, a skutki te przedewszystkiem odbijają się na chorych.

Zwolennicy Kocha, jak dawniej wspominaliśmy, powołują się na dziesiątki tysięcy wstrzykiwań, przy których nie spostrzegali ani jednej szkody, wyrządzonej choremu. Z punktu widzenia klinicznego wyniki takie byłyby wielce zachęcające dla stosowania swoistego leczenia w gruźlicy. Niestety, inni klinicyści, których nie ma racyi obdarzać mniejszem zaufaniem, niż zwolenników Kocha, w innem świetle skutki tuberkuliny przedstawiają.

Przejdźmy do faktów.

Lüdke (143) n. p. zaczyna leczenie od 0,00001 — 0,0005 gr. T, a więc od dawek tylko 5 — 10 razy mniejszych, nić Möller, Bandelier etc. Zaznacza on powstawanie świeżych nacieków w płucach i krtani, pogorszenie i rozszerzenie dawnych; powstanie nowych zapaleń opłucny, 3 razy krwotoki, tygodniami trwające pogorszenie stanu ogólnego, wreszcie jeden zapad grożący zejściem śmiertelnem, jak za dawnej ery Kochowskiej! Rosenberg (207) wspomina o dreszczach, wymiotach i gorączce do $39,2^0$ i o ciężkim krwotoku. Amrein wspomina o napadach duszności.

Tutaj mówimy o autorach umieszczonych w tablicach. Przejdźmy do innych.

Kurrer (113) wspomina o następującym wypadku dotyczącym 20 letniego silnego, młodego człowieka, pochodzącego ze zdrowej rodziny i mającego na dole lewego płuca z tyłu lekkie stłumienie szerokości dłoni z pojedyńczemi grubobańkowemi rzężeniami. W końcu r. 1903 czuje się chory ten tak dobrze, w takim stanie polepszenia, że od stycznia 1904 roku zarzucił leczenie. Ciepłota prawidłowa. 30. I. 1904 I śródżylne wstrzyknięcie TR, w dawce 0,0004 milgr. Ciepłota podnosi się 31. I. 1904 do $39,3^0$ Ale 1. II. 1904 »stan był tak dobry, że chory sam przychodzi do Stuttgartu dla drugiego wstrzyknięcia«. Ta sama dawka. Wkrótce potem ciepłota podnosi się $38,5^0$. 2. II. 1904 popołudniu »silne poty, utrata przytomności z kurczami (tonicznymi) i drgawkami, a o g. $7^1/_2$ wieczorem tegoż dnia śmierć«. »Nie ulega wątpliwości — powiada autor — że śmierć, młodego, silnego, lekko gruźliczego i dotąd zdolnego do pracy młodego człowieka nastąpiła wskutek nadmiernego odczynu po wstrzyknięciu tuberkuliny«. Adler w krytycznym rozbiorze tego wypadku przypisuje winę lekarzowi dlatego: 1) że zrobił odrazu wstrzyknięcie śródżylne, 2) że zaczął od dawki 0,0004 mlgr. zamiast od 0,00025 mlgr. Ale na krytykę tę można odpowiedzieć, że Koch sam zaleca wstrzykiwania śródżylne BE, wprawdzie nie na początku leczenia, lecz gdy aglutynacya się zmniejsza. Następnie, stan chorego na 3 dzień po 1-em wstrzyknięciu był bezgorączkowy i zupełnie zadawalniający. Więc druga dawka 0,0004 milgr. była, stosownie do wskazówek Kocha, nawet za małą. Koch, jak wiadomo, zaleca szybkie podnoszenie dawek, 2 i 5 razy w 1 - 2 dniowych odstępach.

Krytyka Adlera nie jest więc zupełnie uzasadnioną. Czyż nie logicznej byłoby przypisywać winę nie lekarzowi, lecz samemu preparatowi, skoro wiemy, że może wywoływać ropnie, w których się znajdują laseczniki i że działanie toksyczne jego dla względów wyżej opisanych jest nieobliczalne. Krapf (112) cytuje także wypadek u 23-letniej dziewczyny, która we $2^1/_2$ miesiąca po rozpoczęciu leczenia BE umarła na ostrą gruźlicę prosówkową i to po 5 dniach choroby. Dawki nie są podane. Pöppelmann (189), jak wiadomo zwolennik BE, wspomina znów o gruźlicy prosówkowej, jako skutku leczenia T, i to przy dawkowaniu bardzo ostrożnem. Aufrecht (1) wspomina o 6 chorych z wysoką gorączką (u 5 gruźlica płuc, a u jednego gruźlica otrzewnej), którzy od tuberkuliny doznali wielkiego polepszenia, ale u kilku pojawił się nawrót, jeden zaś zmarł. Bliższe szczegóły nie podane.

Weischer (251 b) przytacza ciekawy przypadek do-

[15]) W dawkowaniu BE lub TR różnic nie ma pomiedzy autorami.

[16]) Tutaj pragnelibyśmy zwrócić uwagę na próby Freymutha (53) podawania T wewnętrznie, poprzedzajac ja podaniem sody, w dawkach znacznie większych, niż podskórnie (poczatkowo 5—10 mlgr.) W szczegóły wchodzić nie będziemy, odsyłajac do źródła. Zaznaczymy tylko, że Freymuth otrzymał dodatnie wyniki i uważa, że ten sposób stosowania dla wielu względów jest praktyczny, a także służy za wskazówkę, o ile dany chory będzie dobrze znosił wstrzykiwania podskórne. Ale Löwenstein (140) i Köhler (130) powtórzyli próby Freymutha i doszli do zupełnie innych wyników. U Löwensteina 7 chorych wcale nie oddziaływało, gdy w 14 dni potem oddziaływali na 2 lub 3 dawkę podskórną po $^2/_{10}$ milgr. Köhler robił próby u 33 chorych i doszedł do wyników bardzo ujemnych (patrz tablica III).

tyczący 23-letniego robotnika, nad którym trochę bliżej się zatrzymamy. Robotnik ten czuje się zupełnie zdrowym, choć od dwóch miesięcy kaszle i pluje (TBC nie ma) i wykazuje zmiany co najwyżej II okresu Turbana. Waga 71,6 kgr. Po 14 dniach spostrzegania wydaje się zupełnie odpowiednim do leczenia tuberkuliną. Pierwsza dawka T wynosi 0,0005 gr. i nie wywołuje żadnego odczynu, więc co 8 dni Weischer powtarza ją. Chory czuje się lepiej, stan płuc poprawia się, waga zwiększa się o 7 kg. Piąta i szósta dawka 0,001 gr. w 8-dniowym odstępie, oraz siódma wynosząca 0,002 gr. w takimże odstępie, nie wywołuje również odczynu. Ale ósma 0,002 gr. także w 8-dniowym odstępie wywołuje z początku wzniesienie ciepłoty do 37,6°, oraz ogólny odczyn, przytem opuchnięcie i bolesność wyraźną gruczołu szyjnego, oraz zaostrzenie dawnego suchego zapalenia opłucnej, którego chory dawno już nie odczuwał. W kilka dni potem ciepłota dochodzi do 39° i tworzy się wysięk, — przy ciepłocie 39° trwającej 14 dni — który sięga aż do grzebienia łopatki. Autor wnosi: »powinniśmy przyjąć z prawdopodobieństwem, graniczącem z pewnością, że wina tu spada na tuberkulinę«. Taki szereg nieszczęśliwych przypadków ma w każdym razie swe przyczyny i każe głęboko się zastanowić nad działaniem tuberkuliny.

Z drugiej strony, należy dać odpowiednie miejsce szeregowi przypadków wręcz przeciwnych, w których pomyślny przebieg autorowie prawie wyłącznie lub tylko wyłącznie działaniu tuberkuliny przypisują.

Nurney uważa T, stosowaną przez czas dłuższy z przerwami tygodniowemi, lub miesięcznemi za wysoce cenny środek pomocniczy »przy ciężkiej chirurgicznej gruźlicy«. Jessler miał dobre wyniki w gruźlicy kości. Holdheim (87) na Zjeździe niem. lek. i przyr. we Wrocławiu 1904 przytacza przypadek gruźlicy płuc w III okresie z bardzo pomyślnym wynikiem po 4-miesięcznem leczeniu T z przybytkiem 7 kgr. na wadze i zupełną utratą laseczników już po 2 miesiącach leczenia. Rudolph (200) wspomina o 5 chorych z posuniętą gruźlicą płuc, którzy przy leczeniu tuberkuliną »etapami« w połączeniu z preparatami wapna, doznali takiej poprawy »jakiej dotąd nigdy nie widział«. Rosenfeld (208 b) cytuje dwa przypadki wyleczenia zapomocą T, a mianowicie: 1) gruźlica płuc i krtani, 2) ciężka gruźlica narządu moczowo-płciowego. Roepke (203) w obszernej pracy, dotyczącej leczenia gruźlicy płuc i krtani wywodzi, że tuberkulina w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną daje bardzo pomyślne wyniki przy lekkiej gruźlicy płuc i lekkiej gruźlicy krtani, jak również przy ciężkiej gruźlicy płucnej i lekkiej krtaniowej. Nadto, otrzymywał on wyniki zadawalniające przy lekkiej gruźlicy płuc, powikłanej średnio ciężką lub bardzo ciężką postacią krtaniową. Przytacza on przypadek bardzo ciekawy, gdzie przy owrzodzeniach i naciekach krtani, jednem słowem daleko posuniętej gruźlicy krtani leczenie higieniczne i miejscowe było zupełnie bezskuteczne w ciągu 3 tygodni, a nawet nastąpiło pogorszenie w stanie ogólnym i w krtani. Wówczas stosuje T, dochodząc w ciągu $3^1/_2$ miesięcy do maksymalnej dawki 1 gr.; następuje ogromne polepszenie w krtani. We 3 miesiące potem w ciągu 4 tygodni, powtórne leczenie także z T. Następuje wyleczenie zupełne. Głos czysty i donośny. Wyleczenie takie utrzymuje się w ciągu 2 lat.

Keersmaecker (131) przytacza 12 przypadków gruźlicy pęcherza, leczonych BF, wedle metody Denysa i otrzymuje 5 zupełnych wyleczeń i 5 znacznych polepszeń, gdy tymczasem leczenie klasyczne (miejscowe pęcherza przy stosowaniu środków przeciwgnilnych wewnętrznych: jak salol i urotropina) nie dało pomyślnych wyników. Czas trwania leczenia wynosił od 2 do 24 miesięcy. Wyniki trwałe istnieją od 2—3 miesięcy do 12 miesięcy.

Jednym z bardzo ciekawych pod względem kazuistycznym przypadków, jaki w dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem, jest podany przez Lewinsona (145). 21-letni młody człowiek z posuniętą gruźlicą obu płuc i licznemi TBC w plwocinie, z gruźlicą krtani i jelit, przy ciepłocie 39° i wyżej, wychudzony wskutek upartej biegunki, po 6 tygodniach leżenia w łóżku, odpowiedniem dyetetycznem odżywianiu i lekarstwianem leczeniu bez żadnego skutku poddany zostaje leczeniu tuberkuliną. Skutki następujące: ciepłota spada do 37,6°, biegunka ustaje (1—2 prawidłowe stolce dziennie), kaszel i wydzielina zmniejszają się, waga powiększa się w ciągu 6 tygodni o $3^1/_2$ kgr. Stan taki trwa już 10—11 miesięcy od chwili rozpoczęcia leczenia tuberkuliną.

Jeszcze ciekawszy, niż poprzedni, jest następujący nader rzadki przypadek wyleczenia, którego krótki opis tak się przedstawia: Młoda dziewczyna, pacyentka Dra Rollier (208) (Leysin), dotknięta od 8 lat gruźlicą obu szczytów i podstawy prawego płuca. W październiku 1905 raptem pokazują się klasyczne objawy zapalenia gruźliczego opon; w ślad za tem zapalenie okostnej mostka i żeber, a dalej gruźlicze zapalenie otrzewnej z obrzmieniem gruczołów krezkowych i gruźlica kątnicy. Ciepłota dochodzi do 40—41°. Wobec utraty wszelkiej nadziei Rollier zaczyna stosować TBK (tub. Beranecka) w dużych dawkach, począwszy od $^7/_{10}$ cc. A (czyli + $^1/_{11150}$ gr.). Po 6. wstrzyknięciu ciepłota spadła o 1°, a po 10 dniach stała się prawidłową, objawy zaś zapalenia opon stopniowo ustępowały. Robiono wówczas aż po 3 wstrzykiwania dziennie $^1/_2$—1 c. sz. A (czyli $^1/_{15600}$—$^1/_{1780}$ gr.). Autor tak kończy: »Po 3 miesiącach zaciętej walki, podczas której tuberkulina była wstrzykiwana codziennie, chora mogła być uważana za wyratowaną. Obecnie (czerwiec 1907 r.) wróciła do swych zajęć. Stan ogólny wyborny. Płuca na dobrej drodze zabliźnienia. Z zapalenia okostnej nie pozostało ani śladu. W jamie brzusznej odporność przy lekkiej bolesności w okolicy kątnicy«. Przypadek ten wydaje się opowiadaniem, wziętem z »Tysiąca i jednej nocy«, a jednak znana mi osoba Dr Rollier nie pozostawia żadnych wątpliwości co do jego prawdziwości.

Na zakończenie tej pomyślnej kazuistyki, dotyczącej płuc, oraz powikłań w innych narządach, należy wspomnieć o stosowaniu tuberkuliny w dwóch specyalnych postaciach gruźlicy, a mianowicie: w gruźlicy skóry i oczu. Za uchyleniem się od głównego naszego przedmiotu, od płuc, przemawia przedewszystkiem bezstronność. Skoro poświęciliśmy tyle miejsca ujemnemu działaniu tuberkuliny, nie wolno zamilczeć o dodatniem, tembardziej, że w gruźlicy skóry i oczu dodatnie to działanie jest pod względem klinicznym wyraźne i poprostu namacalne. Tym sposobem obraz kliniczny stosowania tuberkuliny nie pozostawia luk.

W toczniu skóry bardzo dobre wyniki otrzymywali nawet francuzcy lekarze, wogóle bardzo niechętni dla tuberkuliny[17]). Darier (42) n. p. w niektórych przypadkach otrzymywał zupełne wyleczenie zapomocą T. Brocq miał polepszenia, ale i znaczne pogorszenia. Jeszcze lepsze wyniki u niemieckich dermatologów. Pielicke (188) przytacza przypadek tocznia policzków i nosa, który po 4 latach bezskutecznego leczenia skrobaniem i metodą Finsena, doznał szybkiego i znacznego polepszenia pod wpływem z początku T, a później TR. Senator (188) wspomina o drugim przypadku tocznia, który po 14 latach bezskutecznego leczenia u różnych specyalistów został zupełnie i trwale wyleczony zapomocą T. Bandelier (31) opisuje szczegółowo dwa bardzo rzadkie przypadki. 1) 21-letnia dziewczyna, dotknięta zamkniętą gruźlicą obu płuc w II. okresie, ma jednocześnie tocznia z owrzodzeniem na obu policzkach, który sięga poza uszy i obejmuje skrzydła nosa. Początek jego datuje się od pierwszych lat dzieciństwa. Chora przez ostatnie $1^1/_2$ roku leczyła się sposobem Finsena bez żadnego skutku. Po 6 miesiącach leczenia PTO wynik był następujący: Jak najlepszy stan ogólny, kwitnące wyglądanie, zaciągnięcie się prawego szczytu, lewe płuco

[17]) Dowodem zaś tej niechęci ta okoliczność, iż na Zjeździe w Paryżu 1905 r. francuzcy lekarze w licznych referatach o leczeniu tocznia (światłem, radem, promieniami X i t. d.) nic nie mówią o tuberkulinie, oprócz Hallopeau, który przypominając ciężkie i śmiertelne przypadki z epoki 1890/91, stanowczo ją odrzuca.

prawidłowe. »Wyleczone wszędzie powierzchnie tocznia są częściowo jeszcze zaczerwienione, ale pokryte nabłonkiem«. 2) B. K., 18-letni, z gruźlicą płuc w I okresie, ciężką gruźlicą krtani i tocznicm na nosie. Wyleczenie zapomocą BE w ciągu 6 miesięcy (32).

W niedawnej obszernej monografii Alexandra (5) spotykamy na podstawie własnego doświadczenia autora, jakoteż całego szeregu spostrzeżeń innych dermatologów zdanie o TR, że nietylko jest bezwzględnie pewnym rozpoznawczym środkiem dla tocznia skóry, ale daje w rozmaitych postaciach gruźlicy skóry bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Ostatnimi czasy tuberkulina znajduje coraz częstsze zastosowanie w gruźlicy oczu. U nas prof. B. Wicherkiewicz stosował ją z niezłym względnie skutkiem przy gruźlicy rozmaitych części oka już przed kilkunastu laty w swej klinice w Poznaniu (komunikat listowny).

Schöler (212) na posiedzeniu berlińskiego Towarz. Oftal. 19. V. 1904, dając przegląd literatury powszechnej, mówi o 48 przypadkach *(scleritis, iritis, chorioiditis, keratitis* i t. d.), leczonych z dobrym skutkiem tuberkuliną.

Hippel (88) na zjeździe Tow. Oftal. w Heidelbergu 3—5. VIII. 1905 mówi o 14 ciężkich przypadkach gruźlicy oka *(scleritis, iritis, chorioiditis, keratitis* itd.), z których w 7 kompletne wyleczenie, 4 względne wyleczenia, 1 wynik ujemny *(conjunctivitis tbc.)*. Przyczem stan ogólny polepsza się, waga się zwiększa. Dawniej stosował T, obecnie stosuje TR; czas trwania leczenia 4—6 miesięcy; początkowa dawka $^1/_{500}$ milgr. substancyi czynnej. Unikanie odczynu. Tenże autor na posiedzeniu Tow. Oftal. w Getyndze 4. II. 1904 zaznacza, że w przypadkach, gdzie wszelkie środki pozostały bez skutku, TR dała wyniki, pozwalające uniknąć wyłuszczenia oka. Na 23 przypadki przytacza 10 z trwałem wyleczeniem, trwającem w pięciu poszczególnych przypadkach 3, 4, 5, 7 i $9^1/_2$ lat. Zachęcony wynikami Hippela Stargard (226) (Kiel) wspomina o 4 ciężkich przypadkach *(keratitis parench.* i *chorioretinitis)* leczonych w ciągu $2^1/_2$ miesięcy T »z zupełnie zadawalniającymi wynikami«. Axenfeld (2) (Freiburg), również za przykładem Hippela otrzymuje dobre wyniki i powiada, że przy dłuższem leczeniu pożytek tuberkuliny w wielu wypadkach nie ulega wątpliwości. Jacoby (104) (Mediz. Sektion der schlesischen Gesellsch. f. Vaterl. Kultur, Breslau 10. II. 1905) mówi również o zupełnem wyleczeniu ciężkiej gruźlicy oka (zapalenie tęczówki i znaczne zmętnienie ciała szklistego) przy polepszeniu stanu ogólnego i przybytku na wadze. Bennert (16) (Hamburg) mówi o 8-letnim chłopcu, dotkniętym przy gorączce ogólną gruźlicą gruczołów (liczne podskórne, ruchome guzy gruczołowe) z powiększeniem śledziony, gdzie wszelkie leczenie było bezskutecznem. Do tego dołącza się gruźlica oka *(iritis)*. Stosuje przez kilka miesięcy TR, dochodząc do 1 milgr. »Skutki świetne, oko wyleczone z małemi pozostałościami, gruczoły prawie wszystkie znikły, śledziona niewyczuwalna. Waga zwiększyła się przeszło o 4 kg.« Bardzo niedawno opisał Erdmann (51) ciężki przypadek zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i rogówki u 20-letniej dziewczyny, dotkniętej nadto od dzieciństwa gruźlicą kości. Choroba oczów, odporna na zwykłe środki, została wyleczona zapomocą BE. Wyleczenie trwa od 6 miesięcy.

IX.

Jako ogólny wynik tej całej rozprawy zjawia się pytanie, jakie są ostateczne skutki leczenia tuberkuliną w świetle liczb? Zwolennicy Kocha powołują się na statystykę, jako na jeden z bardzo poważnych argumentów wyższości swoistego leczenia nad zwykłą metodą higieniczno-dyetyczną. Otóż sprawę tę wcale nie łatwo rozstrzygnąć. Przedewszystkiem w samem pojęciu wyleczenia zachodzą znaczne różnice wśród najbardziej doświadczonych klinicystów.

Przed kilkoma laty w broszurze naszej »O sanatoryach« różnice te podkreśliliśmy. Tu pozwolimy sobie je przypomnieć. Brehmer widzi »wyleczenie« w ustąpieniu wszelkich miejscowych objawów w płucach, zniknięciu TBC i włókien sprężystych. Turban i Wolff (Reiboldsgrün) unikają słowa »wyleczenie« i uważają, że pojęciu temu odpowiada odzyskanie zdolności do pracy przy poprawie stanu płuc. Francuscy lekarze używają terminu »guérison apparente« i »polepszenie«, a między nimi Daremberg uważa za wyleczonego takiego suchotnika, który w ciągu 10 lat jest zdolnym do pracy i przez ten czas niema ani jednego krwioplucia ani napadu gorączki, któreby można przypisać zaostrzeniu się sprawy gruźliczej, ani jednej plwociny z TBC. Wreszcie odzywają się takie i to liczne głosy, jak Petruschkyego, że zupełnego wyleczenia można dowieść tylko na stole sekcyjnym.

Ale niezależnie od tych różnic w zapatrywaniach zachodzą jeszcze i inne różnice w poglądach w sprawie wyleczenia, a mianowicie: wyleczenie ze stanowiska czysto-lekarskiego i wyleczenie, jako zdolność do pracy, przyjęta przez Urząd Zdrowia w Berlinie dla Sanatoryów ludowych, będących pod opieką Zakładów dla Ubezpieczeń. Na tym punkcie zachodzi np. różnica między takimi doświadczonymi sanatoryalistami, jak Schröder i Weicker. Pierwszy (238) z nich w rubryce »względne wyleczenie« (Sanatoryum Schömberg) za rok 1905 podaje 46,9%, gdy w rubryce »zupełna zdolność do pracy« tylko 31,2%. Drugi (249) znów uważa, że chorzy przez niego wyleczeni w Sanatoryum w Görbersdorfie i wniesieni do rubryki »Dauererfolge« przedstawiają daleko większą gwarancyę wyleczenia, niż chorzy, wniesieni z różnych sanatoryów ludowych przez Urząd Zdrowia także do rubryki »Dauererfolge«, ale pod którą Urząd Zdrowia rozumie »zdolność do pracy«. Więc niema stałej miary dla oceny samego pojęcia wyleczenia.

Nadto w sprawie tej zachodzi i ta trudność, że materyał kliniczny — jak widzimy w tablicach — leczony tuberkuliną, przedstawia się bardzo niejednolicie, więc jakże zestawić go statystycznie z materyałem, leczonym wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, również bardzo niejednolitym.

Wreszcie, pomimo istnienia tuberkuliny już od lat 17, ilość chorych, leczonych »swoiście«, jest względnie nieznaczna, a statystyczne wnioski wtedy są najbardziej do prawdy zbliżone, gdy się opierają na dużych liczbach.

Te wszystkie względy doprowadzają nas do wniosku, że dowieść statystycznie wyższości tuberkuliny nad metodą higieniczno-dyetetyczną ściśle niepodobna. Można tylko z cyfr wyprowadzić ostrożnie przypuszczenia, te zaś wcale nie mogą potwierdzić śmiałych wniosków zwolenników Kocha. Jeśli wrócimy do tablic, to na bliższą uwagę mogą zasługiwać tylko cyfry Moellera, Turbana, Goetscha, Denysa i Schnöllera, przedstawiające niejako trwałe wyniki za kilkoletni okres czasu.

Największe odsetki widzimy u Turbana za okres 1—7 lat, a mianowicie 51,7% trwałych wyleczeń, ale cyfra ta przewyższa tylko o 4,7% wyniki trwałe w jego zakładzie bez tuberkuliny, więc jest zbyt mała, aby służyć za dowód wyższości swoistego leczenia. Również nie może w danym razie dawać miary cyfra wyleczeń 30,1% u Moellera za okres 3 lat, gdyż jest znacznie niższa od cyfry Turbana. Ale nawet, jeśli weźmiemy pod uwagę cyfrę trwałych wyleczeń: 30,1% u Moellera, 43,6% u Denysa za okres 5 lat, lub 44,4% za okres 3—5 lat Humberta (95) (chorzy leczeni TBC[18]) i 51,7% u Turbana,

[18])

Okresy gruźlicy płuc	Ilość chorych	Wyleczenie widoczne (guerison apparente)	Wyleczenie	Zejście	Bez wieści
I.	7	6	—	1	—
II.	17	9	3	4	1
III.	12	2	—	8	3
Suma	36	16	3	13	4

to możemy im przeciwstawić cyfrę trwałego wyleczenia przy trwałej zdolności do pracy bez tuberkuliny z Sanatoryum ludowego Bazylejskiego w Davos Dorf, (40) która po 5 latach (1900—1904 włącznie), i to dla ludności pracującej, wynosi 52,9%. Pozostaje jedynie cyfra Goetscha, czyli 71% trwałych wyleczeń za okres 6 lat. Ta istotnie jest wyższa od wszelkich innych podobnych. Ponieważ jednak opiera się na niewielkim materyale 175 chorych, więc za decydujący argument uważaną być nie może. Ale w zestawieniach statystycznych zwolennicy swoistego leczenia powołują się jeszcze na ogół dodatnich wyników, do których oprócz trwałych wyleczeń włączają, jak np. Denys, »quasi wyleczenie« «znaczna poprawa«, »poprawa«, lub jak np. Moeller i Schnöller »znaczne polepszenie« i »polepszenie«. Tym sposobem wypadnie razem cyfra dodatnich wyników w odsetkach: u Denysa 70,8%, u Schnöllera 88,2%, u Moellera 94,9%. Cyfrom tym jednak można przeciwstawić cyfrę Meissena (bez tuberkuliny): 75% dodatnich wyników na 300 chorych i to przy materyale znacznie gorszym — jak sam dodaje — niż Schnöllera, gdyż w takim razie cyfra jego wyniosłaby 89%. Moglibyśmy także przytoczyć cyfrę dodatnich wyników Schrödera (bez tuberkuliny) 90,2% na 262 chorych, ale dodać trzeba, że dotyczy tylko jednego roku (1905).

Wreszcie moglibyśmy się powołać na dawniejsze bardzo wielkie cyfry, bo dotyczące przeszło 20000 chorych (patrz pracę moją »O Sanatoryach«, str. 240 Prace Sekcyi Gruźliczej IX Zjazdu w r. 1900), gdzie dodatnie wyniki wynoszą 70%—90%. Dotyczą one okresów czasu od 1—25 lat (statystyka Römplera z Görbersdorfu i Hessego z Falkensteinu za okres 25-letni).

Taki duży materyał jest więc daleko bardziej znaczącym pod względem statystycznym, niż cyfra nie wiele większa nad jakie parę tysięcy chorych, stanowiąca sumę cyfr, podanych przez zwolenników tuberkuliny. Ostatecznie więc ich argumenty cyfrowe nie są wystarczające.

W końcu chcielibyśmy wspomnieć o wynikach statystycznych Petruschkyego, (184) gdyż na niego zwolennicy tuberkuliny często się powołują.

Otóż ogłoszone przez niego wyniki w 1904 r. dotyczące 92 chorych ściśle spostrzeganych w ciągu 10 lat, t. j. od 1893 r., tak się przedstawiają:

	38	ciężkich z TBC	wyleczonych	15 (40%)
			zmarło	23 (60%)
	54	lekkich bez TBC	wyleczenie	100%
razem	92		wyleczenie	75%
			śmierci	25%

Otóż tej cząstkowej statystyce możemy przeciwstawić ogłoszoną przez Meissena (164) w 1903 r., a mianowicie: na 248 leczonych bez tuberkuliny i wypuszczonych ze znaczną poprawą w ciągu 3—11 lat pozostają od chwili wyjścia z Sanatoryum (Hohenhonnef)

208 czyli 84% zdrowi i zdolni do pracy
31 czyli 12,5% polepszenia
9 czyli 3,5% śmierci.

W wyniku tych wszystkich zestawień cyfrowych, możemy powiedzieć, iż statystyka zwolenników tuberkuliny nie dowodzi wyższości ich »swoistej« metody nad zwykłą higieniczno-dyetetyczną, stosowaną bez pomocy wszelkich »swoistych środków«.

X.

Przedstawiliśmy szeregi faktów i cyfr z dziedziny leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną, a raczej tuberkulinami. Wykazaliśmy, jak znaczne różnice zachodzą między autorami, zarówno w zasadniczych, jak i podrzędnych punktach w całej tej sprawie. Przytoczyliśmy wreszcie cyfry, które każą powątpiewać o specyalnej skuteczności »swoistego« leczenia w porównaniu ze znaną metodą higieniczno-dyetetyczną. Do tej pory jednak mówiliśmy ciągle o rozmaitych szczegółach leczenia, znajdowaliśmy się, że tak rzec można, *in medias res* sprawy. Pozostaje jeszcze: jej początek i koniec. Skoro bowiem leczenie »swoiste« ma być tak pewne i tak skuteczne, musimy posiadać określone naukowe kryteryum, kiedy je zaczynać i kiedy kończyć. Zacznijmy od końca, stawiając pytanie, jakie naukowe kryteryum wyleczenia podają zwolennicy swoistego leczenia?

Sprawa ta wydaje się nam dość złożoną z racyi, iż uodpornienie na tuberkulinę, jak to wyraźnie niejednokrotnie zaznaczali Koch i Behring — nie jest jeszcze uodpornieniem na laseczniki gruźlicy[19]. Pytanie więc, kiedy właściwie można uważać chorego, leczonego tuberkuliną, za wyleczonego? O klinicznych objawach nie mówimy, bo te były znane przed tuberkuliną, stanowiły i stanowią oddawna przedmiot poważnych poszukiwań i badań, które doprowadziły już do pewnych pozytywnych wyników. Chodzi o kryteryum naukowe, i tu wchodzimy w błędne koło. Wygaśnięcie bowiem wrażliwości na tuberkulinę wcale nie oznacza zniknięcia lasecznikow, które właściwie jest prawdziwą miarą wyleczenia. Na razie niema tu punktu wyjścia. Nadto, w samej sprawie uodpornienia na tuberkulinę zachodzą różnice w szeregach jej zwolenników. Stąd zaś wynikają różnice w pojęciach o wyleczeniu, a co za tem idzie, znaczne różnice w czasie trwania leczenia.

Petruschky, jak wiadomo, stworzył metodę leczenia »etapami«, mniej więcej 3-miesięcznymi, z takiemiż przerwami, w ciągu 2 lat. Wychodzi on z tej zasady, że uodpornienie na tuberkulinę, otrzymane po 3 miesiącach leczenia, w takimże mniej więcej okresie czasu znika. Znów więc wraca do tuberkuliny, aby przeciwko niej uodpornić. O ile z dostępnej mi literatury wiadomo, taki sposób postępowania nie znalazł wielu zwolenników. Znaczna większość prowadzi leczenie bez przerwy, średnio 4—6 miesięcy i w razie potrzeby wraca do powtórnego leczenia (»Nachkur«). Czasem leczenie odbywa się jednym ciągiem znacznie dłużej. Bandelier przy stosowaniu BE uważa za konieczne 6-miesięczne leczenie w II. okresie i jeszcze dłuższe w III. okresie. Sahli i Denys nie podają dokładnej cyfry, ale średnio wypada u nich 7—14 miesięcy i dłużej.

W tych jednak dwóch rozmaitych metodach postępowania, z których każda czerpie swe źródło w nauce o uodpornieniu, kryteryum leży w osobistem klinicznem doświadczeniu lekarza. Zapewne czas trwania leczenia musi być odmiennym dla każdego poszczególnego chorego. Ale dla całych kategoryi podobnych chorych muszą również istnieć jakieś normy, boć nie jest obojętnem, czy dany ustrój będzie drażnionym przez wstrzykiwania danych dawek toksyny jednym ciągiem przez 6 miesięcy, czy też przez 3, jak u Petruschkyego. Przecież każde wstrzyknięcie tuberkuliny, jak nam dowodzą takie powagi, jak Koch i Behring, wywołuje wielkie zaburzenia w wewnętrznem życiu komórek!

Jak niema kryteryum naukowego dla zakończenia »swoistego« leczenia, czyli dla wyleczenia, taksamo nie ma ściślej naukowej podstawy dla jego rozpoczęcia. Zapewne, na pytanie, kiedy zaczynać leczenie, odpowiedź w ogólnem sformułowaniu nie może być inną, jak jednozgodną: w najpierwszych okresach gruźlicy płuc, jak najwcześniej. Dziś już twierdzenie takie można słyszeć z ust inteligentnego laika. Ale chodzi o bliższe, konkretne określenie, kiedy właściwie sprawę gruźliczą można uważać za początkującą?

19) Mówiąc o perlicy Behring powiada: »Zniknięcie wrażliwości na tuberkulinę wcale nie zawsze idzie w parze z brakiem odporności na następne zakażenia«, a dalej: »po ustąpieniu nadwrażliwości na tuberkulinę u bydła, gdy można przypuszczać, że jest ono już wolnem od gruźlicy, sekcya wykazuje pozostałość zwalczonej dawniej choroby, a mianowicie obecność w płucach gruzełków z serowatą treścią, w której można znaleźć TBC (8, Hft. 5). — Wassermann powiada: »Ręka w rękę z leczeniem tuberkuliną zdolność do oddziaływania stopniowo gaśnie i to już często w chwili, gdy znajduje się dużo tkanki gruźliczej zdolnej do oddziaływania, albo innemi słowy w chwili, gdy chory wcale jeszcze nie jest wyleczony« (253).

Widzieliśmy wyżej, że próba tuberkulinowa sprawy tej rozstrzygnąć nie może, że oprócz zwolenników Kocha, całe szeregi innych autorów zwracają się do metod fizycznego badania, widząc w tuberkulinie jedynie środek pomocniczy, lub też zupełnie ją odrzucają. Ale przyjmując nawet tuberkulinę, jako niezawodny środek rozpoznawczy, widzimy, że na tle sprzecznych teoryi o drogach zakażenia gruźlicą, panują wielkie różnice w sprawie rozpoczynania leczenia. Gdy jedni rozpoczynają leczenie po ustaleniu rozpoznania, niezależnie od wieku chorego, Klebs i Petruschky wygłaszają całkiem odrębną teoryę.

Leczenie racyonalne, wedle nich, powinno się zaczynać już w wieku dziecięcym. Obaj utrzymują — zgodnie z teoryą Behringa, różniąc się tylko na punkcie drogi zakażenia — że to, co klinika nazywa pierwszym okresem gruźlicy, choćby z najmniejszemi zmianami fizycznemi, jest właściwie drugim, czyli już »inwazyą tkanek«, albo wedle obrazowego określenia Petruschkyego »drugim aktem tragedyi«, pierwszy bowiem rozgrywa się w całym narządzie gruczołów chłonnych u dzieci, a stąd drogą przerzutową przechodzi do innych narządów ustroju. Gruźlica u dzieci ma być tak częsta, że w szkołach ludowych w Gdańsku Petruschky znalazł u 85% dzieci przewlekłe obrzmienia gruczołów szyjnych (185). Klebs (134) powiada: »gruźlica jest chorobą gruczołów chłonnych«, powstałą na tle dziedzicznem lub drogą zakażenia przez mleko. Obaj stoją na tem stanowisku, że wówczas już trzeba rozpoczynać leczenie. Przedtem jednak trzeba ustalić rozpoznanie. Na tym punkcie między zwolennikami leczenia gruźlicy już w wieku dziecięcym zachodzi ogromna różnica. Petruschky robi próbę zapomocą tuberkuliny, uważając ją u dzieci za zupełnie nieszkodliwą, zupełnie zgodnie z wnioskami praktycznemi Binswangera, Schreibera, Mettetala i t. d. i naturalnie prowadzi dalsze leczenie tuberkuliną. Klebs zupełnie stanowczo próbę taką odrzuca, »gdyż w tym właśnie wieku może być nadzwyczaj szkodliwą«. Rozpoczyna on leczenie opierając się »na samym tylko przebiegu klinicznym«, a wskazówkami w tym względzie są: dziedziczne obciążenie oraz niedostateczne odżywienie i niedostateczny rozwój fizyczny u dzieci.

Tak postawiona sprawa rozpoczęcia leczenia jest niezmiernej wagi. Z poglądami bowiem Petruschkyego, Klebsa i Behringa wiąże się pytanie zasadnicze, czy istotnie w wieku dziecięcym należy rozpoczynać swoiste leczenie gruźlicy. Pytanie pod względem społecznym wielkiej doniosłości. Petruschky twierdzi, że rozpoczynając już wówczas leczenie tuberkuliną, otrzymywał 100% wyleczeń i powiada: »Muszę dać wyraz przekonaniu, że zupełne wyleczenie gruźlicy już teraz byłoby możliwe, gdyby dało się przeprowadzić rozpoczęcie leczenia tuberkuliną u dzieci gruźliczych w należytym czasie« (185).

Dziwna rzecz, że pogląd taki nie znalazł prawa obywatelstwa w całym, bez wyjątku, świecie lekarskim. Jeśli bowiem można wykorzenić całkowicie gruźlicę, byle tylko rozpocząć leczenie w wieku dziecięcym, w takim razie cała sprawa gruźlicy, zajmująca umysły nietylko świata lekarskiego, ale całego świata cywilizacyjnego, byłaby odrazu rozstrzygnięta. Widocznie rozstrzygnięcie to nie jest tak proste, jak tego chce Petruschky. Trzeba bowiem pierwej dowieść, że istotnie pierwszy okres gruźlicy powstaje stale już w wieku dziecięcym, temu zaś przeczy teorya Kocha, Corneta, Flüggego i innych uczonych, którzy mają cały zapas dowodów naukowych na powstawanie gruźlicy przeważnie, jeśli nie wyłącznie, drogą wziewania, i to niezależnie od wieku dziecięcego lub późniejszego.

A teraz jeszcze szereg ogólnych pytań, dotyczących tuberkuliny ze stanowiska klinicznego. Wychodzimy z tej zasady, że między pracownią a kliniką zachodzi solidarność, gdyż laboratoryum powinno pracować dla kliniki, jeśli wyniki jego pracy nie mają pozostać w dziedzinie oderwanych teoryi. Również między bakteryologiem, a klinicystą powinno zachodzić ścisłe porozumienie. Zapewne klinicysta nie może wchodzić we wszelkie szczegóły teoryi i zagadnień czysto naukowych, gdyż nie jego to rola, jako praktyka. Ale ma prawo żądać od bakteryologa-teoretyka ścisłego sformułowania ogólnych zasad, zwłaszcza zasad uodpornienia, dokładnych wyników doświadczeń nad zwierzętami, wreszcie zgodności tych wyników z próbami na ludziach. W takich warunkach klinicysta ma prawo stosować metody bakteryologiczne. W takim razie może bez wątpliwości w umyśle i obawy we własnem sumieniu, posługiwać się surowicami, tuberkulinami, szczepieniami i t. d., czy to na drodze uodpornienia biernego, czy też czynnego.

XI.

Tak się rzecz ma z surowicą przeciwbłoniczą Behringa. Została ona powszechnie uznanym i stosowanym środkiem, bo wytrzymała krytykę zarówno ze stanowiska teoryi, jak i praktyki.

Pytanie, czy tak stoi sprawa z tuberkuliną? Przedewszystkiem posiadamy kilka tuberkulin, przygotowanych przez samego Kocha, z których każda niezależnie od odmiennych właściwości biochemicznych, daje, wedle autorów, jednakowo dobre wyniki. Następnie, tuberkuliny inne (np. Beranecka i Denysa), przygotowane ze znacznemi zmianami w porównaniu z Kochem, dają również dobre wyniki, a nawet bardzo dobre, jak np. u Denysa, czego dowodem jego statystyka. Sahli, dla różnych względów, statystyki swej dotąd nie ogłosił, ale ma już 150 przypadków, leczonych TBK i jest z wyników bardzo zadowolony (ustna wiadomość).

Dalej, najlepsze wyniki ma mieć C. Spengler ze swą tuberkuliną bydlęcą, a więc różną w samem źródle swego pochodzenia, jeśli przyjąć, zgodnie z teoryą Kocha, odrębność dwóch laseczników: bydlęcego i ludzkiego. Wszystkie te fakty rodzą poważne wątpliwości w umyśle bezstronnego klinicysty. Ale nad temi wszystkiemi wątpliwościami panuje najważniejsza, dotycząca bezpośredniego działania tuberkuliny na ustrój. Ostatecznie bowiem niewiadomo, na czem właściwie polega odczyn tuberkulinowy? Jego skutki anatomo-patologiczne są nam znane. Ale nawet w ich ocenie zachodzą znaczne różnice między znanymi teoretykami i klinicystami.

Koch, jak wiemy, widział w swoistym odczynie tuberkulinowym sprawę leczniczą na drodze martwicy chorych tkanek i ich wydalenia z ustroju. Dalsze badania w innem świetle sprawę tę postawiły. Powoływaliśmy się na Virchowa, Zieglera i innych, którzy stwierdzili, że obok leczniczego działania tuberkuliny na tkanki i ogniska gruźlicze, istnieje jeszcze inne, szkodliwe, polegające głównie na rozsianiu laseczników z chorych ognisk do zdrowych tkanek ustroju. Takie same różnice w poglądach na kliniczne znaczenie odczynu panują śród klinicystów. Petruschky np., powołując się na Kocha i na teoryę Biera dowodzi, iż przekrwienie dokoła ognisk jest rzeczą pożądaną, jest czynnikiem leczniczym. Z drugiej strony tacy: Goetsch, Sahli, Hammer i t. d. uważają wszelki, nawet najmniejszy odczyn za rzecz bardzo szkodliwą dla chorego. Gdzież jest prawda? Jeśli chodzi o uodpornienie, jeśli chodzi o to, aby ustrój przyzwyczaić do dużych dawek tuberkuliny, to między jednymi a drugimi w końcowych wynikach różnicy niema. I ci i tamci wstrzykują tuberkulinę co kilka dni, i ci i tamci dochodzą do maksymalnych prawie tych samych dawek 1 gr. Niektórzy, i to zwolennicy Kocha, zatrzymują się na mniejszych maksymalnych, a mianowicie na 0,1 gr. Ale jest zasadnicza różnica w zapatrywaniach na oddziaływanie chorego na tuberkulinę, a stąd różnica w początkowych dawkach i w ich zwiększaniu.

Więc znów wracamy do zasadniczego pytania, na czem właściwie polega odczyn tuberkulinowy, na czem polega istotne (»intime«) działanie tuberkuliny na żywe ko-

mórki ustroju? Najdawniejsza teorya Hertwiga (94), właściwie mówiąc chemiczna, starała się wytłómaczyć te sprawy na podstawie zjawisk chemotaksis. Tuberkulina, zdaniem jego, wstrzyknięta podskórnie, znajdując się w wysokim stopniu rozcieńczenia, tem samem czyni leukocyty wrażliwymi na tuberkulinę, znajdującą się w stanie większego zgęszczenia w chorych tkankach. Wskutek tego następuje emigracya ich z naczyń do tkanek i ognisk gruźliczych, a stąd odczynowe zapalenie, mniejsze lub większe, w sąsiedztwie tych ognisk. Hertwig przytem wyraźnie zaznacza: »Nie można przyjąć, aby miejsca chore w ustroju posiadały wyraźną specyalną własność przyciągania do siebie tuberkuliny z krążących soków ustroju«.

Ostatnimi czasy na podstawie swych doświadczeń Wassermann i Bruck (253 i 254) usiłują dowieść tego, co odrzuca Hertwig. Mają oni przedewszystkiem na widoku »wyświetlanie najdelikatniejszych spraw biologicznych w ustroju, dotkniętym gruźlicą, oraz wpływu swoiście działających preparatów lasecznikowych na te sprawy«. Więc przedewszystkiem istnienie odczynu tuberkulinowego w świeżych i brak jego w dawnych sprawach.

Nie potrzebujemy dowodzić, jak ważnem byłoby należyte wyświetlenie tego zasadniczego tak dawnego, a tak zawsze aktualnego zagadnienia. Otóż doświadczenia ich dowieść miały, że tkanka gruźlicza świeża (nie stara, nie zserowaciała) zawiera antytuberkulinę, której niema w surowicy krwi u chorych gruźliczych, nie za daleko posuniętych, a przytem nie leczonych tuberkuliną.

Tuberkulina więc dlatego działa bezpośrednio na tkanki gruźlicze, że znajdująca się w ogniskach gruźliczych antytuberkulina przyciąga ją i łączy się z nią. Przy takiem zaś połączeniu następuje uwięzienie komplementu i przypływ białych ciałek. Z tego zaś wynika rozpad tkanki gruźliczej z całym szeregiem znanych miejscowych objawów i powstaje gorączka, jako skutek wchłaniania rozpadniętych i rozpłyniętych tkanek. Dalej zaś tłómaczy Wassermann, dlaczego stara zserowaciała tkanka gruźlicza nie oddziaływa na tuberkulinę. Dlatego mianowicie, że w takiej tkance komórki nie mają dostatecznie siły żywotnej, aby na istniejącą w tkance tuberkulinę [20]) odpowiedzieć wytworzeniem antytuberkuliny; »wskutek tego zserowaciałe tkanki wcale nie przyciągają wstrzykniętej tuberkuliny«. Dalej też tłómaczy, dlaczego w ciągu leczenia znika wrażliwość na wstrzykiwaną tuberkulinę. »I na to — powiada Wassermann — doświadczenia dają jasną odpowiedź. U leczonego i oddziaływającego na tuberkulinę z czasem pokazuje się antytuberkulina w ogólnem krążeniu, i ona to wyławia wstrzykniętą tuberkulinę i zobojętnia ją pierwej, nim się ona dostanie do ogniska gruźliczego«. Czy pobudowana misternie teorya, która »szereg delikatnych spraw biologicznych« z dziedziny skomplikowanego działania tuberkuliny na ustrój, dotknięty gruźlicą i znajdujące się w nim ogniska tak łatwo wyświetla, ma podstawy, — zobaczymy.

Tutaj tylko chcemy podkreślić, iż opisując działanie tuberkuliny na ogniska gruźlicze, Wassermann wyraźnie powiada: »Laseczniki, jako takie, pozostają wyłączone z pod wpływu tuberkuliny zgodnie z tem, co nas poucza praktyka. Wszystko odgrywa się w tkance gruźliczej, zawierającej antytuberkulinę«. Ale cała ta teorya Wassermanna i Brucka mocno została podana w wątpliwość przez Weila (255) i Besredkę (przytoczony przez Weila). Weil nie rozumie, w jaki sposób tuberkulina i antytuberkulina mogą istnieć w tem samem ognisku bez wzajemnego oddziaływania na siebie. Besredka zaś wyraźnie powiada: »Czyż nie jest dziwnem, że antytuberkulina, wytworzona w tkance gruźliczej i obdarzona taką siłą przyciągania do tuberkuliny wstrzykniętej, że pompuje ją — iż tak rzec można — w całości z najbardziej oddalonych zakątków ustroju, pozostaje bez wpływu na tuberkulinę, znajdującą się obok niej w tkance gruźliczej, jak to wynika z doświadczeń Wassermanna«. Nowe doświadczenia J. Morgenrotha i L. Rabinowitschówny również nie potwierdzają wyników Wassermanna.

Lüdke (144), wychodząc znów z tego założenia, że istnienie antytuberkuliny nie zostało niewątpliwie dowiedzione, przypuszcza, że cała sprawa uodpornienia wskutek wstrzykiwań tuberkuliny i sprawa wyleczenia gruźlicy polega na odczynie miejscowym w chorych tkankach i to tym sposobem, że »w całym szeregu przypadków dzięki ostremu przebiegowi sprawy gruźliczej w tkankach, wyleczenie okazuje się możliwem«.

My zaś zapytamy, jakim sposobem wstrzyknięta tuberkulina może wytwarzać w ustroju antytoksyny, a więc działać leczniczo, skoro zaraz po wstrzyknięciu jest uwięziona i związana przez antytuberkulinę, znajdującą się w ognisku gruźliczem?

Drugie pytanie. U oddziaływającego na tuberkulinę, powiada Wassermann, podczas wstrzykiwań pokazuje się antytuberkulina we krwi i od tej chwili odczyn na wstrzykiwaną tuberkulinę ustaje. Skąd bierze się ta antytuberkulina we krwi, autor nie powiada. Ponieważ wstrzyknięta tuberkulina jest całkowicie związana przez antytuberkulinę w ognisku gruźliczem, więc podniecać ustroju do wytwarzania antytuberkuliny chyba nie jest zdolną. Wypadałoby więc, że antytuberkulina, znajdująca się we krwi, powinna być wytworzona przez tuberkulinę »tkankową« w ogniskach i z tych przechodzić do ogólnego obiegu krwi. Przypuszczając, że tuberkulina i antytuberkulina »tkankowa« istnieją jedna obok drugiej w ognisku, mamy prawo przypuszczać, że wstrzykiwanie tuberkuliny byłoby, zgodnie ze zdaniem Wassermanna, bezcelowe, a nawet i szkodliwe, gdyż wiązałoby i zobojętniałoby tę ilość antytuberkuliny »tkankowej«, która przechodząc do ogólnego obiegu krwi, powinna grać rolę odtruwającą, a więc leczniczą w ustroju.

Tymczasem teorya Wassermanna sprawy tej nie wyjaśnia. Ale teorya ta, która ma nam tłómaczyć »misterne zjawiska biologiczne« w ustroju gruźliczym, jeszcze z innego względu nie zgadza się z faktami klinicznymi i doświadczeniami. Wypada bowiem: 1) sprawy daleko posunięte, oraz ogniska zserowaciałe wcale na tuberkulinę nie oddziaływają; 2) wrażliwość na tuberkulinę w miarę wstrzykiwania znika i ustrój przestaje oddziaływać. Zapewne może tak być i tak jest, że na tuberkulinę dawne sprawy gruźlicze nie oddziaływają jakoby z powodu przeładowania ustroju toksynami. A jednak setki i tysiące przykładów z pierwszej ery kochowskiej ograniczają znacznie bezwzględność takiego twierdzenia. Przykłady, przytoczone w 1-ej części naszej pracy, dowodzą jasno, że właśnie sprawy daleko posunięte mają bardzo silnie na tuberkulinę oddziaływać. Zresztą sam Koch ostrzegał przed tuberkuliną w takich razach i to właśnie z racyi zbyt silnych odczynów i szkodliwych następstw. Idąc bliżej, przypomnimy prace Loewensteina i Rappoporta, oparte na wielkim materyale klinicznym. Autorowie wykazują, że »ciężko chorzy są znacznie wrażliwsi na tuberkulinę, niż lekko chorzy«.

Następnie, co się tyczy punktu drugiego, doświadczenia Bahrdta (200 świnek morskich) wykazały, że u zwierząt tych, zakażonych wielkiemi ilościami średnio jadowitych lasecznikow ludzkich i poddanych następnie w ciągu całych tygodni wstrzykiwaniom tuberkuliny, wzrasta wrażliwość na tuberkulinę równolegle z postępem zmian gruźliczych stale aż do śmierci.

A dalej w sprawie odczynu powstają jeszcze inne wątpliwości. Przypuśćmy znów, że tuberkulina, wedle szkoły Kocha, wywołuje charakterystyczny odczyn w każdym ustroju gruźliczym, niezależnie od tego, czy ogniska będą czynne lub nieczynne, dawne lub nowe, czy będą się znajdowały w płucach, czy też w innych narządach. Zjawia się nowe pytanie, a mianowicie, czy wyłącznie substancyi

[20]) Mowa tu o tuberkulinie, wytworzonej na miejscu w tkankach przez laseczniki, a nie o sztucznej, wstrzykniętej z zewnątrz.

tuberkuliny, jako takiej, odczyn ten przypisać należy, czy też wchodzą tu w grę czynniki postronne?

Przytoczony wyżej Bahrdt (27) przeprowadził doświadczenia ciekawe, a mianowicie, wstrzykiwał glicerynę czystą zdrowym świnkom morskim i doszedł do wniosku, że wrażliwość na glicerynę bardzo się zbliża do wrażliwości na tuberkulinę; a dalej, że działanie tuberkuliny na zdrowe zwierzęta w części polega na zawartości gliceryny w tuberkulinie i jej działaniu osmotycznem. Dawniej już Strauss (229) stwierdził, że wstrzyknięcie zdrowej śwince morskiej do otrzewnej 4 gr. gliceryny wywołuje te same objawy, co równoważna dawka tuberkuliny 4—5 ctm^3, a mianowicie drgawki i śmierć w takimże przeciągu czasu, jak i przy wstrzyknięciu tuberkuliny. Bahrdt przytacza również doświadczenia Behringa, a mianowicie: wstrzyknięcie podskórne gliceryny śwince morskiej gruźliczej w dawce ponad 1 ctm^3 na 100 gr. wagi wywołuje podniesienie ciepłoty ponad 40^0. Maragliano także dowodzi, że gliceryna zwiększa działanie toksyczne tuberkuliny.

Okazuje się więc, że dotychczasowe objaśnienia swoistego działania tuberkuliny nietylko są bardzo niedostateczne, ale nie znajdują się w zupełnej zgodzie z doświadczeniami pracowni i z kliniką. Do tego dodać należy inne doświadczenia, dowodzące, że taką samą rolę, jak glicerynie, należy przypisać peptonom. Krehl i Matthes (127) wykazali podnoszenie się ciepłoty u świnek morskich przy stosowaniu peptonów. Doświadczenia te powtórzone zostały przez Freymutha. Wykazały one: 1) wstrzyknięcie gruźliczej śwince morskiej 0·3 gr. peptonów zabija ją, 2) ludzie zdrowi, niegruźliczy, oddziaływają w 30$^0/_0$ przypadków już na małe dawki 0·02 gr., 3) suchotnicy oddziaływają już na dawki 1—10 miligr. Nowe doświadczenia Schrödera (239) spostrzeżenia te w zupełności potwierdzają. Wstrzykiwanie bowiem deuteroalbumozy gruźliczym świnkom morskim wpływa ujemnie na sprawę chorobową, wzmaga jej nasilenie i złośliwy przebieg.

Pytanie więc, czy odczyn tuberkulinowy jest wyłącznie swoisty, czy też część jego i jaką przypisać peptonom i glicerynie, zawartym w pożywce, a jaką samej tuberkulinie, nie znajduje dokładnej odpowiedzi. Pytanie to bardzo ważne i bardzo mocno wikłające wyłącznie »swoiste« działanie tuberkuliny na ustrój.

A jednak klinicysta ze stanowiska leczniczego musi uporczywie szukać nań odpowiedzi.

XII.

Celem rozjaśnienia innych jeszcze zagadnień spornych, jakie się mimowoli nasuwają przy rozważaniu leczenia gruźlicy tuberkuliną, zrobimy daleko idące przypuszczenie, a mianowicie, że tuberkulina jest pewnym środkiem rozpoznawczym i leczniczym, opartym na »swoistem«, ściśle określonem działaniu na ustrój dotknięty gruźlicą, że wywoływany przez nią odczyn zależy wyłącznie od niej samej, bez postronnego wpływu innych czynników.

Nawet w takim razie sprawa leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną pochodzenia ludzkiego rozstrzygnięta nie jest. Nasuwają się bowiem wątpliwości, wynikające z licznych prób i doświadczeń w zakresie gruźlicy, które pozwolimy sobie poruszyć.

»Mamy nadzieję — powiada Baumgarten (15) — wytworzyć u człowieka uodpornienie na gruźlicę przez szczepienie zapobiegawcze, podobne do tego, jakiego używają u bydła. Jako szczepionka powinnoby tu być użyte PTBC, nie zaś TBC. Ale wtedy dopiero można myśleć o praktycznem stosowaniu tej metody, gdy usunięty zostanie najdrobniejszy zarzut przeciw nietożsamości laseczników bydła i człowieka, a tem samem usunięte wzajemne niebezpieczeństwo z jednej strony dla ludzkiego, z drugiej dla zwierzęcego ustroju«.

Pozwoliliśmy sobie przytoczyć słowa znakomitego badacza gruźlicy, gdyż dotyczą one bezpośrednio wątpliwości, przez nas poruszonych. Z niemi zaś wiąże się zasadnicze pytanie: czy należy w gruźlicy ludzkiej stosować preparaty z TBC, czy też z PTBC, czy też z innego laseczników? Albo inaczej, czy należy stosować preparaty »identyczne« (»izopatyczne« Behring), czy też »antagonistyczne«?

Jasnem jest, że tu przedewszystkiem powinna być wyjaśniona sprawa tożsamości TBC i PTBC, a następnie należy wyjaśnić, jak w związku z tą zasadniczą sprawą przedstawia się praktyka, czyli uodpornienie człowieka i bydła.

Koch, jak wiadomo, na Zjeździe w Londynie w 1901 roku dowodził, iż TBC i PTBC są to dwa gatunki różne. Twierdzenia swoje opierał na doświadczeniach, przeprowadzonych razem z Schützem nad zwierzętami, i wnioski swoje sformułował w 2 głównych punktach: 1) TBC nie da się przenieść na bydło, czyli nie zakaża go[21]); 2) PTBC nie przenosi się na człowieka. Jako dowód: mleko, masło i mięso z gruźliczego bydła nie wywołują — a jeśli wywołują to bardzo rzadko — pierwotną gruźlicę jelit, i są tak mało niebezpieczne dla ludzi, że Koch »nie uważał za wskazane zarządzania w tym kierunku jakichkolwiek środków ochronnych« (122).

Przypomnijmy nawiasem, iż na tymże Zjeździe podano statystykę pierwotnej gruźlicy jelit w Anglii na 25$^0/_0$, czyli o 4$^0/_0$ mniej, niż u Hellera. (Orth w najnowszej swej pracy podaje tylko 9$^0/_0$).

Behring w swych doświadczeniach nad uodpornieniem bydła, opierając się na licznych badaniach własności chemicznych i biologicznych rozmaitych gatunków TBC i PTBC i wykazując możliwość zakażenia bydła przez TBC i możliwość zapomocą przeprowadzenia TBC przez ustrój zwierzęcy nadania im stopnia jadowitości, właściwego PTBC, tak powiada: »Wszystko to dowodzi tożsamości gatunkowej laseczników ludzkich i bydlęcych« (8) (Hft 5).

Na pytanie, kto z tych dwóch koryfeuszów wiedzy ma słuszność, nie ma ostatecznej odpowiedzi. Uderza jednak ta okoliczność, iż zwolennicy »dualistycznej« teoryi Kocha, broniąc jej, jednak muszą przyznać, iż pierwotna gruźlica jelit nie jest tak rzadka, aby można było nie brać jej w rachubę. Ciekawe w tym względzie są referat Kossela (132) na Zjeździe w Paryżu w 1905 roku i niedawna praca Webera (251), który powiada, że gruźlica ludzka nie jest »eine einheitliche Krankheit«, gdyż obok TBC spotyka się PTBC. »Wprawdzie zakażenie człowieka przez PTBC odgrywa w porównaniu z TBC bardzo nieznaczną rolę« mówi Weber, ale wbrew Kochowi dodaje, iż »wszelkie środki, mające na celu ochronę człowieka od przeniesienia nań laseczników bydła przez artykuły spożywcze, zwłaszcza przez mleko, powinny być w całości utrzymane«.

Tu też nie od rzeczy będzie przypomnieć wspomniany przez Bujwida (23) przypadek, dotyczący panny Gosse, córki lekarza z Genewy. 18-letnia, zupełnie zdrowa, o kwitnącym wyglądzie dziewczyna, zaraziła się mlekiem od krowy gruźliczej i zmarła. Sekcya stwierdziła gruźlicę jelit i krezki.

Zwróćmy się do doświadczeń imunizacyjnych na zwierzętach, a zobaczymy, iż w świetle sprzecznych, powyżej zaznaczonych poglądów dojdziemy do wniosków zupełnie paradoksalnych.

Neufeld (172 i 173) w latach 1900—1902, pod kierunkiem Kocha, robił próby uodpornienia osłów, kóz i bydła rogatego na gruźlicę perliczą — dla zwierząt tych wielce jadowitą — przez wstrzykiwanie stopniowo zwiększających się dawek hodowli TBC, z początku martwych, a później żywych. Czasem jednak u osłów i u bydła za-

[21]) Bardzo niedawno wykazał Eber (52) (Zakład Weter. w Lipsku) możność przeniesienia gruźlicy ludzkiej przez szczepienie kawałków płuc lub opon mózgowych świnkom morskim, a mianowicie rozwinięcie się u nich ogólnej gruźlicy, stwierdzonej sekcyą. Szczepienie zaś z trzech świnek gruźlicy do otrzewnej zdrowym cielętom wywołało przewlekłą gruźlicę opłucnej i otrzewnej w jednym, a ostrą prosówkową w drugim wypadku. Oba stwierdzone przez sekcyę.

czynał odrazu od żywych. W szczegóły wchodzić nie będziemy. Odsyłamy do źródła. Tu chodzi o wyniki i ich znaczenie. Otóż uodparniane tym sposobem zwierzęta hodowlami ludzkiemi zostały uodpornione na następne próbne zakażenie jadowitą hodowlą PTBC i to w dawkach, które — bez uprzedniego uodpornienia — bezwątpienia byłyby śmiertelne. Uodpornienie to, zdaniem Neufelda, możliwe tylko dlatego, że Koch »dowiódł nietożsamości dwóch chorób — gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej — a tem samem dał klucz do uodpornienia przeciw gruźlicy«. Słowa te podkreślamy.

Jakim sposobem, pytamy? Neufeld na to odpowiada: »dając możność uodpornienia tych właśnie zwierząt, które na pewien rodzaj toksyn są wrażliwe, przez uprzednie uodpornienie innym rodzajem«. Tym innym rodzajem toksyn, które nie są jadowite dla osłów, bydła, kóz i t. d., są właśnie hodowle laseczników ludzkiego pochodzenia, które tem samem przy śródżylnem wstrzykiwaniu wcale dla tych zwierząt nie są szkodliwe. Tymczasem hodowle PTBC przy każdym sposobie stosowania bydło zabijają. »Stąd była prosta droga — powiada Neufeld — do stosowania hodowli niejadowitych dla uodpornienia przeciw jadowitym«.

A więc wniosek w dwóch słowach: 1) gruźlica ludzka i zwierzęca, są to dwa gatunki odmienne; 2) hodowle lasecznika ludzkiego, stosowane w dawkach stopniowo wzrastających, są dla bydła niejadowite. Na pytanie, czy teza ta ma wartość i odwrotnie, a mianowicie, czy laseczniki perlicy są niejadowite dla ludzi, później odpowiemy.

Tymczasem przechodzimy do doświadczeń Behringa. Behring już od szeregu lat uodparnia na wielką skalę cielęta przez wstrzykiwanie również śródżylne hodowli TBC. W r. 1905 liczba ich wynosiła 60000. Wyniki, przez niego otrzymane, mają być świetne i mają mieć specyalną wartość z tego powodu, że dają uodpornienie trwałe i to do tego stopnia, że mleko krów, które jako cielęta zostały uodpornione, ma zawierać sporo antytoksyn [22]). Jak wiadomo Behring zamierzał karmić dzieci takiem mlekiem i tym sposobem zapobiegać rozwojowi gruźlicy (10). Teorya, wypowiedziana już przeszło 4 lata temu, nie znalazła — o ile nam wiadomo — dotąd zastosowania. Przypatrzmy się bliżej tej sprawie. Otóż pierwsza myśl, jaka się nasuwa, jest następująca: metody uodpornienia Kocha — Neufelda i Behringa są prawie te same, ale punkty wyjścia odmienne. Na nietożsamości TBC i PTBC opiera imunizacyę bydła Koch. Na tożsamości zaś opiera ją Behring. Więc zasada obu teoryi wręcz odmienna. Ale mniejsza o zasady, chodzi o dalsze skutki. Każdy z tych wielkich bakteryologów może mieć racyę dla siebie; ale gdzież pewnik dla klinicysty, szukającego jasnego sformułowania danej teoryi, tembardziej, że ma ogromną praktyczną doniosłość. W danym razie sprawa uodpornienia bydła staje się zupełnie konkretną, gdyż z nią wiąże się pośrednio sprawa leczenia gruźlicy ludzkiej.

C. Spengler, a za nim jego zwolennicy (Bandelier, Wolff i inni) leczą gruźlicę ludzką za pomocą PTO. Przytoczyliśmy wyżej przypadek gruźlicy z ciężkim toczniem skóry, leczony z powodzeniem przez Bandeliera za pomocą PTO. C. Spengler, również jak Koch i Neufeld, opiera teoryę leczenia gruźlicy ludzkiej tuberkuliną bydlęcą na wzajemnem przeciwdziałaniu obu toksyn, wskutek antagonizmu obu gatunków laseczników. Utrzymuje on, iż przeszło w 60% przypadków gruźlicy u człowieka znajdują się jednocześnie PTBC i TBC (234). Toksyny, pochodzące z TBC i PTBC, są zupełnie różne, jako substancye wzajemnie całkiem antagonistyczne.

Stosownie do tego, czy przy badaniu drobnowidowem plwociny przeważają laseczniki typu ludzkiego lub zwierzęcego, używa Spengler odpowiednio odwrotnego preparatu, lub jednego po drugim. Wyniki, przez niego otrzymane, mają być świetne. (Pierwszą próbę zrobił na samym sobie, wstrzykując $1/2$ miligr. żywych PTBC (223). Gdy wyleczenie gruźlicy ludzkiej tuberkuliną pochodzenia ludzkiego wymaga średnio 5—6 miesięcy, z tuberkuliną bydlęcą 2—3 miesięcy wystarcza [23]). Następnie stopień aglutynacyi przy leczeniu tuberkuliną bydlęcą jest znacznie wyższy, a mianowicie 5 razy, aniżeli przy śródżylnem wstrzykiwaniu tuberkuliny nowej Kocha. Podobne leczenie stosował także i F. Klemperer z tą różnicą, że Spengler posługuje się spreparowaną toksyną, Klemperer (137) zaś wstrzykuje zawiesinę żywych PTBC. Pierwszą próbę zrobił Klemperer na samym sobie, później na jednym ciężko chorym na płuca bez żadnych szkodliwych skutków i to go zachęciło do dalszych prób w tym kierunku. Wstrzykiwania takie nietylko nie okazały się szkodliwe, ale przeciwnie, stosowane we wczesnych okresach gruźlicy, mają wpływać dodatnio na przebieg choroby. Wprawdzie próby te są, jak dotąd, nieliczne, w każdym razie wielce znaczące.

Ale przeciw wstrzykiwaniom Klemperera wystąpił z krytyką Behring (9). Wychodząc z tego założenia, że PTBC są dla ludzi znacznie jadowitsze, niż TBC i zdolne wywoływać w ludzkim ustroju względnie szybko ogólne zakażenie, uważa on takie wstrzykiwania za zupełnie nieuzasadnione i za szkodliwe.

Zestawiliśmy te różne sposoby uodporniania zwierząt i ludzi na gruźlicę, zaznaczając całkiem różne teorye autorów, ich odmienne punkty wyjścia przy uodparnianiu. A jednak każdy z nich dochodzi do wyników dodatnich. Ze stanowiska klinicznego jest w tem coś dziwnie paradoksalnego. Istotnie. Jeden (Koch) uodparnia bydło zapomocą TBC, jako antagonistycznych z PTBC, a więc z tej racyi niejadowitych dla bydła. — Drugi (Behring) uodparnia tak samo bydło zapomocą TBC i to dlatego, że antagonizmu między TBC i PTBC niema, a tylko TBC są dla bydła względnie mniej jadowite. Jeden (Spengler) uodparnia ludzi tuberkuliną bydlęcą, jako antagonistyczną i niejadowitą. Drugi (Behring) uważa taki proceder, krytykując Klemperera, za niebezpieczny. Trzeci (Baumgarten) wreszcie zajmuje stanowisko wyczekujące, uważając uodpornienie człowieka zapomocą PTBC za możliwe, a nawet bardzo pożądane, byleby dowiedziono w sposób niezbity nietożsamości TBC i PTBC.

XIII.

Ale na tem nie koniec. Mamy szereg doświadczeń, które sprawę odpornienia na gruźlicę przenoszą z dziedziny tożsamości lub nietożsamości TBC i PTBC na daleko obszerniejsze pole i rozszerzają znacznie widnokręgi swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej.

Klebs, wychodząc z tego założenia, że nieodbarwiające się prątki istnieją w świecie roślinnym i zwierzęcym, utrzymuje, że gruźlica była pierwotnie chorobą roślinną i przeszedłszy przez różne gatunki zwierząt, nareszcie przez kręgowce, doszła do obecnej postaci gruźlicy ludzkiej. Czy teorya ta jest słuszną, nie jesteśmy powołani rozstrzygać. Ale ze stanowiska klinicznego o tyle ma dla nas znaczenie, że daje nam możność zrozumienia innych zjawisk bezpośrednio nas interesujących. Mamy tu na myśli morfologi-

---

[22]) Trwałość wyników Behringa została mocno zakwestyonowana: »La méthode actuelle de bovovaccination antituberculeuse — powiada Moussu (170) — reste inefficace et sans valeur pratique«. — W doświadczeniach, przeprowadzonych w Melun (Francya), okazało się, że zwierzęta uodpornione metodą Behringa już po 1 roku przebywania w oborach obok zwierząt gruźliczych zarażały się i padały na gruźlicę, co stwierdzały sekcye. Moussu dodaje, że do takich wyników doszli weterynarze w Belgii, Szwajcaryi i na Węgrzech.

[23]) Spengler (221) powiada, że metodą swą otrzymywał »wyleczenie nie tylko u chorych z jamami (bez gorączki) w ciągu 3—4 miesięcy, lecz i u takich, których uważają za nieuleczalnych«. Ma on nawet przypadki wyleczenia gruźlicy prosówkowej. Zauważmy, iż w najcięższych przypadkach ostrej gruźlicy, celem zmniejszenia wrażliwości na toksyny, Spengler stosuje na początku wcierania, a później wstrzykiwania swych preparatów. Używa tego sposobu z powodzeniem u dzieci, nawet w 1. roku życia.

czne i biologiczne podobieństwo pod wieloma względami różnych nieodbarwiających się laseczników, a w związku z niemi różne próby uodpornienia.

Lidya Rabinowitschówna (205 i 204) opisała cały szereg postaci przejściowych laseczników. Laseczniki typu ludzkiego spotykają się nietylko u bydła, lecz u małpy i u lwa. Gruźlicę u papug domowych wywołuje lasecznik typu ludzkiego, u papug zaś w Ogrodzie zoologicznym w Berlinie lasecznik typu ptasiego. — Rabinowitschówna przypuszcza, iż lasecznik gruźlicy ptasiej jest tylko pewną odmianą lasecznika ssawców. W związku z takiem przypuszczeniem stoi przypadek ciężkiej gruźlicy ludzkiej, z lasecznikiem typu ptasiego, opisanym przez Löwensteina, bardzo jadowitym dla świnek morskich i królików, lub też podany przez Bujwida przypadek, który dosłownie przytaczamy. »Nocard opowiadał mi, iż służący w jego zakładzie, który często robił sekcyę chorych ptaków, zaniedbawszy należytych środków ostrożności, doznał objawów sprawy gruźliczej szczytów. W plwocinie jego znaleziono laseczniki ptasie, z których przygotowano hodowle wyraźnych laseczników ptasich. Chory zresztą wyzdrowiał«.

Żupnik (256) opisuje przypadek gruźlicy nerek u człowieka, wywołanej nie przez TBC, »lecz innym rodzajem nieodbarwiającego się lasecznika, który wedle wszelkiego prawdopodobieństwa wypada zaliczyć do lasecznika mastki (Smegmabacillus). — W związku zaś z tymi faktami stoją doświadczenia Feistmantla (77) ze »*Streptotrix farcinica*« Toksyny, wstrzyknięte przez niego śwince morskiej śródżylnie lub do otrzewnej, wywoływały charakterystyczne zmiany gruzełkowe w płucach i w narządach brzusznych i śmierć w ciągu 2—4 tygodni (toksyny 1 miligr., świnka wagi 300 gr.). — A dalej idą próby uodpornienia na gruźlicę ludzką przez wstrzykiwanie hodowli gruźliczych niższych gatunków np. zimnokrwistych. Albo próby Żupnika, który wstrzykiwał świnkom morskim szereg nieodbarwiających się laseczników (a więc typu Rabinowitsch, tymotki, ptasiego) i otrzymywał podobny odczyn, jak po tuberkulinie. Co się tyczy zimnokrwistych, mamy przedewszystkiem doświadczenia Fr. Friedmana (68—72). W szeregu ciekawych prac dowiódł on: 1) istnienia jamy gruźliczej u żółwia, 2) zupełnego podobieństwa pod względem morfologicznym i biologicznym lasecznika żółwia do lasecznika ludzkiego lub bydlęcego, oraz zupełnego podobieństwa zewnętrznych cech hodowli przy temp. 37°, 3) zupełnej jego nieszkodliwości dla wszystkich poddanych doświadczeniem ssawców, jak: świnka morska, królik, mysz, pies, koza, osioł, świnia, koń, bydło rogate. U zwierząt tych po dużych dawkach TBC żółwia, przy sekcyi żadnych śladów lasecznika lub zmian w tkankach nie było[24]). Stąd próby uodpornienia zapomocą hodowli lasecznika żółwia u powyższych zwierząt, próby, które dały nader pomyślne wyniki. Nietylko bowiem zwierzęta zostały czynnie uodpornione na zakażenie gruźlicą ludzką lub bydlęcą, ale nadto w ich krwi wykazał Friedman istnienie antytoksyn, zapomocą których uodporniał zupełnie zwierzęta na takież same zakażenie laseczníkami ludzkimi lub bydlęcymi, np. świnki morskie surowicą już uodpornionych świnek morskich albo świnki surowicą bydła i t. d. Zakażenie następne lasecznikami ludzkimi lub bydlęcemi żadnych zmian — oprócz zwapniałych ognisk w gruczołach pachwinowych — w wewnętrznych narządach, jak sekcya stwierdziła, nie wywołało.

W związku z temi próbami uodpornienia przytaczamy zjawisko analogiczne, ale dotyczące uodpornienia człowieka, a mianowicie autoimunizacyę Möllera przez wstrzyknięcie (raz podskórnie, a trzy następne razy śródżylnie) hodowli lasecznika padalca i tak skuteczne, że nietylko nie został zakażony, ale zniósł następnie bez zakażenia wstrzyknięcie śródżylne TBC. Zaś świnka morska, zakażona tymi samymi TBC przez wstrzyknięcie do otrzewnej dostała gruźlicy, stwierdzonej sekcyą. W szczegóły tej nader ciekawej sprawy wchodzić nie będziemy; odsyłamy do źródła (160). Zaznaczamy tylko fakt, że człowiek zapomocą hodowli lasecznika ze zwierzęcia o zimnej krwi może się uodpornić na zakażenie ostre hodowlą TBC ludzką. Fakty te, wielkiej doniosłości, pozwalają na przypuszczenia pełne nadziei na przyszłość. Z nich zaś logicznie wyłania się w formie wniosku pytanie: czy tuberkulina ludzka jest właściwym środkiem przeciw gruźlicy ludzkiej?

Dlaczego nie wolno na podstawie przytoczonych doświadczeń przypuszczać, że swoistym środkiem może tu być bydlęca tuberkulina (Spenglera) lub hodowle żywych laseczników bydlęcych (Klemperer)? Albo, czyż nie wolno również przypuszczać, wobec autoimunizacyi Möllera, że swoistym środkiem na gruźlicę ludzką może być lasecznik jakiegoś z niższych gatunków zwierząt, bądź jako czysta hodowla, bądź w odpowiedni sposób na wzór tuberkulin przygotowany?

Wypada więc: 1) dowieść tożsamości lub nietożsamości TBC z PTBC i lasecznikami niższych gatunków; 2) dowieść, iż uodpornienie powinno się odbywać zapomocą toksyn identycznych lub antagonistycznych. Więc albo przyjąć dualistyczną teoryę lasecznika i wzajemny antagonizm toksyn (Spengler) albo unionistyczną (Behring), albo teoryę pośrednią »form przejściowych« Rabinowitschówne j. A w takim razie wobec różnorodności typów lasecznika w gruźlicy u człowieka zjawiają się znów dwa pytania: 1) czy nie należałoby stosować preparatów z odpowiednich typów lasecznika, wywołującego daną sprawę chorobową lub do nich zbliżonych; 2) albo czy nie wypadałoby w każdym poszczególnym przypadku stosować preparaty z lasecznika, najbardziej oddalonego od tego, który wywołał daną sprawę gruźliczą. — Pytania te mimowoli powstają, jako wniosek z przytoczonych wyżej prób i doświadczeń nad człowiekiem i zwierzętami. Za pytaniami takiemi przemawia powinowactwo w wielu kierunkach pomiędzy całą grupą prątków kwasoopornych. Na te wszystkie pytania klinicysta nie znajduje dokładnej odpowiedzi. W umyśle jego wobec sprzecznych teoretycznych poglądów, wobec sprzecznych praktycznych wniosków poważnych autorów, wątpliwości powstają za wątpliwościami.

XIV.

Przypuśćmy, że sprawa uodpornienia człowieka na gruźlicę została rozstrzygnięta teoretycznie i praktycznie przez stosowanie tych lub innych preparatów z tych lub innych laseczników, w odpowiedni sposób przygotowanych. — Tu, przez porównanie, nasuwa się pytanie, o ile uodpornienie takie byłoby istotnie trwałe?

Widzieliśmy wyżej, że wyniki uodpornienia młodych cieląt przez Behringa miały być wedle niego tak trwałe, że mleko tychże cieląt już w wieku późniejszym, w kilka lat potem, miało zawierać sporo antytoksyn i służyć jako dzielny środek przeciw gruźlicy dzieci. Tymczasem doświadczenia Moussu, przeprowadzone na wielką skalę, oraz doświadczenia przytoczonych przez niego weterynarzy, twierdzenie o owej długotrwałości uodpornienia mocno zachwiały. Zresztą mniejsza o to. Rozmyślania takie dotyczą już dalszych wyników uodpornienia.

Wracamy do sprawy tuberkuliny, do pytań aktualnych, z kliniką swoistego leczenia związanych. Szeregi przykładów, przez nas wyżej przytoczonych, świadczą wymownie, że obok dodatniego działania tuberkuliny i to bardzo wyraźnego, w przypadkach bardzo ciężkich, widzimy z drugiej strony w przypadkach lekkich bardzo ujemne i niebezpieczne skutki. Stąd ta nieobliczalność działania, na którą słusznie kładą nacisk przeciwnicy tuberkuliny. Z nią

[24]) Przypominamy, że Bataillon, Moeller i Terre (35) opisali prątka u karpia, który pod wieloma względami jest podobny do lasecznika padalca. Oba wywołują zmiany gruźlicze u zimnokrwistych, lecz nie u ciepłokrwistych. Autorowie uważają oba te prątki za pewną odmianę lasecznika Kocha.

zaś wiąże się pytanie, które także rozstrzygnięte nie jest, a mianowicie, czy w ustroju odbywa się kumulacya dawek tuberkuliny ze wszystkiemi stąd wynikającemi następstwami — jak twierdzą Köhler, Schröder i t. d. — czy też ustrój — jak twierdzą Moeller i Löwenstein — odpowiada »nadwrażliwością«? Moeller i Löwenstein dla uzasadnienia swej tezy powołują się na wykryte przez Behringa zjawisko »nadwrażliwości« u koni wysoko uodpornionych na tężec pod wpływem wstrzykiwania nowych dawek toksyny. Ale u Behringa są dowody na cyfrach oparte, tu zaś ich niema. Natomiast żywcem przeniesioną jest nazwa zjawisk zbadanych i określonych do niezbadanych i dotąd nie ujętych. Istotnie, dlaczego nie możnaby przyjąć teoryi »kumulacyi« dawek, skoro sporo faktów klinicznych za tem przemawia? Sprawa ta ostatecznie wyjaśnioną nie jest, a jednak ze stanowiska interesu chorych, a więc z tego punktu widzenia, którym klinicysta przedewszystkiem kierować się winien, domaga się usilnie rozstrzygnięcia na drodze naukowej.

A dalej jeszcze nowe wątpliwości, z innej dziedziny myślenia, bezpośrednio tuberkuliny dotyczące, a podsuwające myśl, gdzie może należy szukać przyczyny niepewnych i nieobliczalnych jej skutków.

Koch, jak wiadomo, dla przygotowania T używał hodowli niezależnie od ich wieku i stopnia jadowitości, dla przygotowania zaś TR posługiwał się hodowlami tylko bardzo jadowitemi. Już ta okoliczność nasuwa pytanie, w jakich postaciach gruźlicy płuc lub innych narządów należy używać preparatów więcej, a kiedy mniej jadowitych?

Pytanie to, samo przez się bardzo ważne i bardzo złożone zarazem, przy swoistem leczeniu — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo — nieuwzględnione. Pytanie to staje się jeszcze bardziej złożonem, jeśli zwrócimy uwagę na doświadczenia Moellera. Autor ten (163) w szeregu doświadczeń nad świnkami morskiemi stwierdził rzecz wielce ciekawą, a mianowicie, że stopień jadowitości TBC wcale nie zależy od ciężkości danej postaci gruźlicy i jej natężenia z punktu widzenia klinicznego. Lasecznik tocznia, tej najłagodniejszej formy, okazały się dla świnek morskich stanowczo jadowitszymi od laseczników chorego, dotkniętego gruźlicą prosówkową. Wynika więc stąd pytanie, jaką tuberkulinę i o jakim stopniu »toksyczności« wypada stosować w różnych lżejszych lub cięższych postaciach gruźlicy? Pytanie to przy uodpornieniu biernem na błonicę zostało już do pewnego stopnia wyjaśnione. Bakteryologia i medycyna doświadczalna powinny wyjaśnić takie pytanie w stosunku do gruźlicy. Niepodobna, aby przy leczeniu chorego na gruźlicę tuberkuliną nie było żadnych punktów wytycznych, na badaniach naukowych opartych. — Klinika powiada, że im sprawa uporczywsza, tem leczenie tuberkuliną dłużej odbywać się powinno, ale taka ogólna formuła jest niewystarczającą, jest poprostu empiryczną, bez ścisłego naukowego uzasadnienia.

Pomiędzy stopniem toksycznego działania tuberkuliny, a stopniem jadowitości lasecznika u chorego i stopniem jego intoksykacyi, wydaje się nam, powinien zachodzić jakiś mniej lub więcej określony stosunek. Weźmy np. dwóch chorych, leczonych wyłącznie metodą higieniczno-dyetetyczną, z których jeden ma rozległe zmiany w płucach, drugi napozór bardzo małe. Może on jednak być daleko cięższej chory od pierwszego. — Klinika nas poucza, że przebieg choroby, przy dobrych jednakich warunkach higienicznych może wypaść całkiem rozmaicie: u pierwszego pomyślnie, u drugiego — nie. Pomijając sprawę obciążenia dziedzicznego, konstytucyi chorego i t. d. przyczyny szukać należy, zdaje się, w większem zatruciu ustroju, w zależności od większej toksyczności laseczników. Czyż logicznie tylko rzecz biorąc, wypada stosować tuberkulinę tę samą, a więc o tym samym stopniu jadowitości, u obu chorych? Albo czy u chorego z lasecznikiem typu ptasiego lub lasecznikiem mastki wypada także stosować szablonowo tę samą tuberkulinę, co i u chorego z lasecznikami typu ludzkiego?

Ten szczegół wymaga wyjaśnienia, jak wogóle wymaga wyjaśnienia cały mechanizm złożonego działania tuberkuliny, do dziś pełen tajemniczości. A jednakże klinicysta powinien domagać się od teoretyków uchylenia tej tajemniczej zasłony.

Zdaje się ze stanowiska nauki o uodpornieniu, że działanie preparatów lasecznikowych da się sprowadzić w ogólnej formie do dwóch głównych punktów: do wytwarzania antytoksyn lub do wzmocnienia fagocytozy, uwzględniając przytem nową teoryę Wrighta o opsoninie.

Z tego ogólnego stanowiska dałyby się również wytłómaczyć znane fakty kliniczne, a mianowicie sprawa samowyleczenia się tych wszystkich lekkich, średnio-ciężkich, a nawet bardzo ciężkich przypadków, w których żadnych swoistych preparatów nie stosowano.

W takim razie ustrój okazuje się sam przez się zdolnym do wytworzenia odpowiednich środków ochronnych, bez podniety, wywoływanej preparatami lasecznikowymi. Zgodnie z wielokrotnie wypowiedzianem twierdzeniem Behringa, że wszelkie bakteryologiczne preparaty lecznicze działają w tym samym kierunku, co natura sama, należy złożone działanie tuberkulin wyjaśnić zapomocą znanych nam zasad nauki o uodpornieniu.

Znane są już doświadczenia, rzucające trochę światła w tym kierunku. Kentzler (126), badając krew suchotników w trzech okresach choroby, wykazał, że zawartość komplementów (aleksyn) w niej jest zupełnie taka sama, jak u zdrowych ludzi, a więc ilość tych ciał ochronnych jest zupełnie dla chorego na gruźlicę wystarczającą. Z tego wnosi on, że »amboceptory w przebiegu gruźlicy muszą doznawać takich zmian jakościowych, iż, pomimo istnienia ciał ochronnych, niszcząca działalność jadu gruźliczego nie może być wstrzymaną«.

Doświadczenia znów Gengou (83) wykazały, że wstrzykiwania świnkom morskim kwasooporynych laseczników (człowieka, ryby, padalca, masła i t. d.) wywołują wytwarzanie się sensybilizatorów (czyli »amboceptorów« wedle Ehrlicha). Sensybilizatory te odgrywają rolę czynną, jako odtrutki, nietylko przeciw lasecznikom homologicznym, ale przeciw wszelkim innym, czy występują one jako chorobotwórcze u zimno- i ciepłokrwistych, czy też jako saprofity. Najbardziej jednak czynne są te sensybilizatory w stosunku do laseczników: człowieka, bydła rogatego i kozy.

Jak z tych doświadczeń wynika, sprawa gruźlicza wpływa przedewszystkiem ujemnie na amboceptory. Z drugiej strony wstrzykiwanie świnkom morskim odpowiedniej ilości laseczników nieodbarwiających się pobudza wytwarzanie się amboceptorów, które działają jako antytoksyny na odpowiednie laseczniki, a więc działają uodporniająco. Stąd przez analogię możnaby wyprowadzić wniosek, dotyczący człowieka. Jeżeli wstrzykiwanie laseczników świnkom morskim wiedzie do wytwarzania antytoksyn, to takie samo zjawisko przy danych określonych warunkach powinnoby nastąpić u człowieka. Więc chodzi o bliższe określenie tych warunków.

W dostępnej literaturze nigdzie nie mogliśmy znaleźć bezpośrednich, wyraźnych dowodów na wytwarzanie się antytoksyn u człowieka pod wpływem leczenia tuberkulinami Kocha lub innemi. Dowody, że wytwarzają się antytoksyny, czyli, że leczenie tuberkuliną idzie pomyślnie, zarówno u Kocha, jak i u uczniów jego, polegają zawsze na objawach klinicznych, jak: poprawa stanu ogólnego, zwiększenie wagi, lepsze samopoczucie, zniknięcie gorączki, złagodnienie lub ustąpienie objawów miejscowych w płucach, zniknięcie laseczników itd. Ale takie dowody, dostateczne dla klinicysty, ograniczającego się do stosowania metody higieniczno-dyetetycznej, nie mogą być dostateczne dla specyalisty, posługującego się »swoistem« leczeniem gruźlicy.

Tu muszą być stosowane metody ścisłe, zgodne z za-

sadami nauki o uodpornieniu i mające jako kryteryum nie poglądy osobiste lekarza o wartości podmiotowej, lecz cyfrę o wartości przedmiotowej.

Mamy przykłady ścisłego obliczenia ilości antytoksyny, wytworzonej przy uodpornieniu czynnem, w tężcu u koni. Knorr, przytoczony przez Aschoffa (4), oblicza, że jedna jednostka toksyczna może wytworzyć około 100.000 jednostek antytoksycznych. Istnieją również ścisłe obliczenia jednostek antytoksycznych, jakie używamy przy uodpornieniu biernem surowicą przeciwbłoniczą.

Salomon-Madsen, przytoczeni przez Aschoffa i Dungerna (44), stwierdzili znów z matematyczną ścisłością spadek ilości antytoksyn u koni wysoko uodpornionych na błonicę lub tężec, wskutek wstrzyknięcia nowej, niewielkiej ilości toksyny. Spadek taki może wynosić 12.000 jednostek na jedną jednostkę toksyczną.

Behring znów wykazuje, że ilość antytoksyny może w ciągu jednej godziny zwiększyć się 20 razy (8) (Heft 3).

Wreszcie rozmaite badania — jak dowodzi v. Dungern — przemawiają zatem, że ustrój, czynnie uodporniony, przez długi czas po wstrzyknięciu toksyny, pobudzającej go do wytwarzania antytoksyn, antytoksyny te sam przez się nadal wytwarzać może (44).

Jest więc cały szereg danych, wskazujących w jakim kierunku sprawa wytwarzania się antytoksyn przy swoistem leczeniu gruźlicy tuberkuliną mogłaby być wyjaśnioną. Tymczasem w dostępnej nam literaturze prac takich znaleźć nie mogliśmy.

XV.

Kończąc na tem nasze uwagi o tuberkulinach, możemy sformułować w kilku słowach ogólne wnioski. Widzieliśmy na początku naszej pracy, jakie zamieszanie panuje w zakresie stosowania tuberkuliny, zarówno rozpoznawczego, jak i leczniczego, jaki chaos we wskazaniach, jaka dowolność w stosowaniu T lub TR lub BE — bez żadnego usprawiedliwienia naukowego — jakie duże różnice w dawkowaniu, jakie jaskrawe różnice w czasie trwania leczenia. Statystyka nam wreszcie powiada, że wyniki leczenia tuberkulinami, w połączeniu z metodą higieniczno-dyetetyczną, wcale nie są lepsze od wyników wyłącznego stosowania tejże metody.

Jeśli bezstronnie uwzględnimy te wszystkie fakty, dojdziemy do wniosku, że punkt wyjścia w leczeniu tuberkuliną był genialny, ale w ciągu 17 lat nauka nie wyrobiła podstaw trwałych, nie sformułowała praw wyraźnych, które powinny panować nad całą swoistą metodą leczenia gruźlicy. Miejsce ich zajmują osobiste poglądy poszczególnych lekarzy, albo raczej poszczególnych grup: bezwzględni zwolennicy tuberkuliny, względni z zastrzeżeniami, wreszcie przeciwnicy. W praktycznem zaś stosowaniu niema również norm ustalonych, ani wyrobionej pewnej dyscypliny. Zamiast niej występuje na scenę osobiste doświadczenie lekarza. Ono, choć dużo znaczy, nie wystarcza jednak, gdzie chodzi o jad bardzo złożony, o działaniu niepewnem i nieobliczalnem. Człowiek, leczony swoiście na gruźlicę, powinien być przedmiotem takich ścisłych obliczeń dla jednostek toksycznych i antytoksycznych, jak koń przy uodpornieniu przeciwko tężcowi. Dotąd zaś jest polem doświadczalnem dla prób — na dnie których leżą jeszcze niedostatecznie wyświetlone tajniki wiedzy — czasem pomyślnych, czasem ryzykownych, a czasem zgubnych.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli, nie wypada jednak, aby od prób tych odstępować. Czynić je tylko należy z nadzwyczajną ostrożnością, mając ciągle na oku zdrowie i bezpieczeństwo chorego. Najlepszą wskazówką kliniczną w tym względzie jest metoda Sahliego, na wskróś przesiąknięta drobiazgowem przewidywaniem wszelkich możliwych powikłań, a więc pozbawiona niebezpieczeństwa dla chorego. Dzięki jego wielkiej uprzejmości — za którą na tem miejscu składam mu serdeczne podziękowanie — mogłem się przekonać w jego klinice, że wstrzykiwania tuberkuliny (TBK) ze ścisłem zachowaniem jego przepisów, szkodliwem nie jest, a w znacznej większości przypadków z powikłaniami gruźlicy płuc nawet w innych narządach zdaje się dawać pomyślne wyniki.

Ostatecznie, rozważając całą dotychczasową historyę tuberkuliny, rozważając całe mnóstwo prób i doświadczeń nad zwierzętami, wreszcie wyniki uodpornienia u ludzi i u zwierząt, mimowoli poddajemy się nadziei, że z panującego dziś chaosu wyłonić się z czasem powinna naukowo uzasadniona, swoista metoda leczenia gruźlicy ludzkiej w ścisłym sojuszu z panującą dziś metodą higieniczno-dyetetyczną.

Na zakończenie pragnąłbym w paru słowach tylko wspomnieć o próbach stosowania leczniczego tuberkuliny, w naszem Sanatoryum od początku r. b. Aż do tego czasu zachowywaliśmy w Zakładzie stanowisko wyczekujące względem tuberkuliny, nie mając ugruntowanego przekonania o wyższości swoistego leczenia nad metodą higieniczno-dyetetyczną. Ale wyniki, które widziałem w klinice prof. Sahliego, to przeświadczenie, że ścisłe stosowanie jego metody nie może być szkodliwe dla chorego, zachęciło mnie do prób w tym kierunku z tuberkuliną Beranecka. Materyał nasz bardzo skąpy, bo dotyczy tylko 7 chorych, a więc w żadnym razie nie może dawać miary. Na większy zdobyć się nie mogliśmy z tego powodu, iż chorzy bardzo niechętnie, a nawet z wielką obawą przyjmują propozycyę leczenia tuberkuliną, zachęcać zaś ich dla powodów wyżej przytoczonych nie mogliśmy. Z liczby tych 7 chorych, 3 należało do III okresu Turbana, 4 do II okresu. U 4 musieliśmy po kilku wstrzykiwaniach zaniechać dalszych, a to z przyczyny grypy, która na dotychczasowym pomyślnym przebiegu choroby odezwała się w sposób wyraźnie ujemny. W każdym razie u tych 4 chorych żadnych szkodliwych skutków tuberkuliny przy ścisłym nadzorze dostrzedz nie mogliśmy.

U pozostałych leczenie trwało $3^1/_2$—$4^1/_2$ miesięcy. U tych 3 spostrzegaliśmy wyraźną poprawę stanu płuc, zwłaszcza u jednej chorej w III okresie z rozległym naciekiem i rozpadem przynajmniej $^2/_3$ dolnych lewego płuca i stwardnieniem prawego szczytu. Stan ogólny jej także znakomicie się poprawił z przybytkiem przeszło 6 klgr. wagi i utratą gorączki. U 2 pozostałych (II okres) stan ogólny doznał także wyraźnej poprawy z przybytkiem wagi $2^1/_2$ i przeszło 6 kgr.

Jeszcze raz kładziemy mocny nacisk na to, że z tych kilku przykładów żadnych ogólnych wniosków wyciągać nie mamy zamiaru, wiemy bowiem dobrze, że metoda higieniczno-dyetetyczna w chorobie o przebiegu tak niepewnym i tak często nieprzewidzianym, jak gruźlica płuc, daje niejednokrotnie wyniki zupełnie niespodziane i zadaje kłam wszelkim klinicznym przypuszczeniom.

Jedno tylko wydaje się nam uzasadnionem, a mianowicie, że stosowanie TBK wedle metody Sahliego niebezpiecznem dla chorych, nawet ciężko, być nie może, jak o tem zresztą mieliśmy się możność przekonać na znanych nam przykładach z klinik szwajcarskich.

Piśmiennictwo.

1. Aufrecht: »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Meran, Sept. 1905« ref. w Münch. med. Woch. 1905, Nr. 42.
2. Axenfeld: »Oberrhein. Aerztetag. 5. VII. 1906« ref. Deut. m. Woch. 1906, Nr. 49.
3. Aronson Eduard: «Allgemeine Fieberlehre« Berlin 1906.
4. Aschoff Ludwig: »Ehrlich's Seitenkettentheorie« Jena 1905.
5. Alexander Arthur: »Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Dermatologie« Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 11, 12, 13.
6. Adler R.: »Drei Tuberkulin-Todesfälle« Prager med. Woch. 1904, Nr. 30.
7. Arnstein M.: »Przyczynek do leczenia gruźlicy metodą Kocha« (z klinik berlińskich) Medycyna 1891, Nr. 3

7b. Amrein: »Beiträge zur Tuberkulinenbehandlung der Tuberkulose« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV, Heft II

8. v. Behring: »Beiträge zur exper. Therapie« Heft 3, 5, 8, 10.
9. — »Tuberculosis« September 1905.
10. — »Tuberkulosebekampfung« Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 11.
11. Beck: »Ueber die diagn. Bedeutung des Koch'schen Tuberkulins« Deuts, Med. Woch. 1899, Nr. 9.

12. Beck und Lydia Rabinowitsch: »Weitere Untersuchungen über den Werth der Arloing-Courmont'schen Serumreaction bei Tuberkulose, speciell bei Rindtuberculose« D. m. W. 1901, Nr. 10.
13. Baginsky B.: »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 3. Sitzung der Berl. Med. Ges. 14. I. 1891.
14. Bäumler: »Beobachtungen bei Anwendung des Koch'schen Heilverfahrens« D. m. W. 1891, Nr 2.
15. Baumgarten: »Ueber Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1904, Nr. 43.
16. Bennert: (ref.) »Aerzt. Verein in Hamburg. Sitzung 21. II, 1905«. Berl. klin. Woch. 1905. Nr. 12.
17. Blum J.: »Zur Heilstättenbehandlung der Lungentuberkulose« Zeits. f. Tub. Bd. VIII, Heft 2.
18. Bujwid O.: »La tuberculine, sa préparation, ses effets sur l' organisme des animaux atteints de la tuberculose«. Archives des Sciences biologiques, publiées par l' Institut impérial de médicine exper. à St. Petersb. 1892, T. I, Nr 1 et 2.
19. — »Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną« (Odb. z »Gazety Lek.« Nr. 30, 1891).
20. — »Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulins zur Diagnose der Rindtuberkulose«. Separ. aus »Monatschrift für Gesundheitspflege« Nr. 3, 1896.
21. — »Perlica u bydła i t. d.« Kraków 1897.
22. — »Dalsze wyniki badań nad stosowaniem tuberkuliny u zwierząt domowych i t. d.« Przegl. Lek. 1897, Nr. 45.
23. — »Massregeln gegen Verbreitung der Tuberkulose« Separ. aus »Das österr. Sanitätswesen« Nr. 41, 1898.
24. — »O zapobieganiu gruźlicy« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu w Krakowie w 1900 r.).
25. — »Rozpoznawanie gruźlicy u bydła« Kraków 1905.
26. Bang B.: »La lutte contre la tuberculose du bétail en Danemark« Copenhague 1905.
27. Bahrdt H.: »Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulinreaktion« Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 86, Heft 4 und 5.
28. Beraneck: »Une nouvelle tuberculine« Revue méd. de la Suisse Romande« Nr. 8 et 10, 1905.
29. Bandelier: »Die Tuberkulindiagnostik in den Lungenheilstätten« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. II, Hft 4.
30. — »Die Maximaldosis in der Tuberkulindiagnostik« Ibid. Bd. VI, Heft I.
31. — »Heilung eines Lupus durch Perlsuchtalttuberkulin« Ibid. Bd. VI, Heft I.
32. — »Ueber die Heilwirkung des Neutuberkulins (Bacillenemulsion)« Zeitsch. f. Hygiene etc. Bd. 43, 1903.
33. Binswanger: »Ueber probatorische Tuberkulininjektionen bei gesunden stillenden Frauen« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose. Bd. IV, Heft I.
34. — »Ueber probatorische Tuberkulininjektionen bei Kindern« Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 43, 1906.
35. Batailon, A. Moeller und Terre; »Ueber die Identität des Bacillus des Karpfens und des Bacillus der Blindschleiche« Zeits. f. Tub. Bd. III, Heft 6.
36. Biernacki E.: »Sprawa Sanatoryów« Medycyna Nr. 9, 10, 11, 1903.
37. Campana: (ref.) »Compt. rendus du XII congrès intern de médicine. Moscou« Vol. IV, str. 423—4.
38. Cornet: »Die Tuberculose« Wien, 1899 (Spec. Pathol. und Therapie-Nothnagel).
39. — »Die latenten Herde der Tuberculose und die Tub. diagnostik im Lichte neuer Forschungen« Berl. klin. Woch. 1904 Nr. 14 und 15.
40. Carrière H.: »La tuberculose et l'armement antituberculeux en Suisse«. Sonderabdruck aus »Tuberculosis« 1905.
41. Chełchowski K.: »O leczeniu gruźlicy płynem Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 12, 13 i 16.
42. Darier: »S-te française de Dermatologie et Syphiligraphie 2. III. 905« (ref. Mün. med. Woch. 1905, Nr. 16).
43. Dieudonné Adolph: »Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie« Leipzig 1905.
44. Dungern Emil: »Die Antikörper« Jena 1903.
45. Denys J.: »Le bouillon filtré« Louvain 1905.
46. Dettweiler: »Congr. für innere Medizin« Wiesbaden 1891.
47. Dębiński Bolesław: »O szczepieniu ochronnem przeciwko gruźlicy« odb. z Gaz. Lek. 1907.
48. Dunin T. i Dąbrowski W.: »Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku, leczonym metodą Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 23.
49. Ewald: (ref.) »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 4. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 21. I. 901
50. Eisenberg F. i Keller E: »O swoistości serodyagnostyki gruźlicy« Kraków 1902.
51. Erdmann (Altona): »Ueber eine erfolgreiche Behandlung von Tuberculose des Auges mit Tuberkulin« Münch. m. Woch. 1907, Nr. 14.
52. Eber A.: »Zwei Falle von erfolgreicher Uebertragung tuberculösen Materials von an Lungenphthise gestorbenen erwachsenen Menschen auf das Rind« Deut. m. Woch. 1907, Nr. 10.
53. Freymuth: »Ueber Anwendung von Tuberkulinpräparaten per os.« Münch. med. Woch. 1905, Nr. 2.
54. — »Diagnostische Erfahrungen mit Tuberkulin an Lungenkranken« Münch. med. Woch. 1903, Nr 19.
55. — »Peptoninjektionen« Autoreferat w Zeits. f. Tub. Bd. II, Hft IV.
56. Flatau: »Laryng. Beobachtungen zur Koch'schen Heilmethode« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 3.
57. — »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 5, referat, Sitzung der Berl. med. Gesell. 28. I, 1891.
58. Fürbringer: »Zur Kenntniss des Gefahren der Tuberkulinkuren bei Lungenkranken« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 26.
59. — Ibid. 1891, Nr. 5. Sitzung der Berl. med. Gesell. 28. I. 1891.
60. Prof. Fraenkel A.: »Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten« Berlin 1905 pag. 842.
61. — (ref.) »Deut. med. Woch.« 1903, Nr. 5. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft.
62. — »Berl. klin. Woch.« 1891, Nr. 3, (ref.). Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 14. I. 1891.
63. — »Beobachtungen über die Anwendung des Koch'schen Heilverfahrens« D. m. W. 1890, Nr. 51.
64. Franz K.: »Wiener Brief« in Münch. med. Woch. 1902, Nr. 7.
65. — »Die Bedeutung des Tuberkulins für die Frühdiagnose der Tuberkulose« Wiener med. Woch. 1902, Nr. 36, 37, 38.
66. Fürst Ernst: »Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie« Mün. med. Woch. 1900, Nr. 14.
67. Frenkel L. und Brenstein O.: »Exper. Beiträge zur Frage über Tuberkulöse Toxine und Antitoxine« Berl. klin. Woch. 1901, Nr. 3.
68. Friedmann Friedrich Franz: »Zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Tuberculose« Deut. m. W. 1904, Nr. 5.
69. — »Ueber Immunisierung von Rindern gegen Tuberkulose (Perlsucht) und über Tuberculoserumversuche« Ibid. 1904, Nr. 46.
70. — »Spontane Lungentuberkulose mit grosser Kaverne bei einer Wasserschildkröte« D. m. W. 1903, Nr. 2.
71. — »Der Schildkröttentuberkelbacillus, seine Züchtung, Biologie und Pathogenität« D. m. W. 1903. Nr. 26.
72. — »Immunisierung gegen Tuberculose« Deut. med. Woch. 1903, Nr. 50.
73. Fraenkel Albert (Badenweiler): »Das Tuberkulinum Kochii als Diagnosticum« Zeit. f. Tub. Bd. I. Hft IV.
74. Fischer Martin: »Ueber die Serumreaktion bei Tuberkulose« Zeit. f. Tub Ad. II, Hft IV.
75. Foss: »Beitrag zur Tuberkulinbehandlung« Zeitsch. f. Tuberk. Bd. VI, Heft 5.
76. Frey Hermann: »Ueber die specif. Behandlung der Tuberkulose" Leipzig 1905.
77. Feistmantel: »Die Tuberkulinreaktion« Centrbl. f. Bakteriologie Bd. 36 Nr. 2 und 3.
78. Goetsch: »Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulin« D. m. W. 1901, Nr. 25.
79. Goldschmidt J.: »Bericht über 5 mit dem Koch'schen Heilmittel behandelte Fälle von Lepra« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 2.
80. Gluziński A.: »Einige Bemerkungen über das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberkulose, namentlich bei Lungenkranken« Wien. klin. Woch. 1891, Nr. 52.
81. — (to samo po polsku): »Kilka uwag nad działaniem etc.« Przegl. Lek. 1891, Nr. 51.
82. Ganghofer: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Meran 24—30. IX. 905«, Berl. klin. Woch. 905, Nr. 46.
83. Gengou: »Zur Kenntniss der antituberkulösen Sensibilisatoren« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 48.
84. Grünwald: »Ueber die Verwendung des alten Koch'schen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose« Münch. med. Woch. 1903, Nr. 43.
85. Gabriłowicz: »Leczenje czachotki tuberkulionom« Russkij Wracz, Nr. 26, 1906.
86. Grabowski M.: »O zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy bydła« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w r. 1900).
87. Holdheim: »Münch. med. Woch.« 1904 Nr. 40. Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Breslau, Sept. 1904.
88. Hippel: »Sitzung der med. Gesellschaft in Goettingen 4. II. 904« ref. Deut. m. Woch. 1904, Nr. 28.
89. Hansemann D.: »Pathol., anat. und histologisch. Erfahrungen nach der Koch'schen Behandlungsmethode« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 5.
90. Hager: »Zur specifischen Behandlung der Tuberkulose« Münch. M. W. 1902, Nr. 48 u. 49.
91. — »II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904«.
92. Heubner: »Gesellschaft der Charitéaerzte in Berlin 31. V. 906« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 35.
93. — »Congress f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.
94. Hertwig O.: »Ueber die physiologische Grundlage der Tuberkulinwirkung« Jena 1891.
95. Humbert: »Quels résultats pouvons nous obtenir avec la tuberculine Beraneck« Revue méd. de la Suisse Romande Nr. 10, 1906.
96. Hammer: »Die Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose« Mün. m. Woch. 1906, Nr. 48.
97. — »Ueber die diagn. Tuberkulin-Injektion« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I, Hft 4.
98. Helman M.: »Des propriétés de la tuberculine provenant des bacilles tuberculeux cultivés sur pomme de terre« in Archives de Sciences biologiques publiées par l' Institut impérial de médecine exper. à St. Pétersbourg 1892, T. I, Nr. 1 et 1.
99. Jarisch: »Lupus vulgaris-Tod 36 Stunden nach Injektion von 2 miligr. Koch'scher Lymphe« Wien. klin. Woch. 1890, Nr. 50.
100. Junker: »Zur Tuberkulindiagnostik der Lungentuberkulose« Beiträge zur Klinik. der Tuberkulose Bd. VI, Hft 4.

101. — »Natur-histor. medizin. Verein in Heidelberg 26. VI. 1906« in Deut. med. Woch. 1906, Nr. 44.
102. Jurgens: »Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulin« in Zeits. f. exper. Pathologie und Therapie. Bd. I, Hft III.
103. — »Tuberkulinbehandlung und Tuberkuloseimmunität« Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 34.
104. Jacoby: (ref.) »Med. Sektion der schlesischen Gesellschaft f. vaterl. Kultur«. Sitzung 10. II. 905. In Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 9.
105. v. Jaksch: »Congr. f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.
106. Jessen F.: »Ueber die Agglutination bei Lungentuberkulose« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Hft II.
107. Jasiński K.: »Leczenie gruźlicy kości płynem Kocha« Gaz. Lekarska 1891, Nr. 2.
108. — »Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Kocha« Ibid. Nr. 7, 1891.
109. Jeż Walenty: »Działanie nowej tuberkuliny (TR) Kocha na gruźlicę płuc« Przegl. Lek. 1897, Nr. 29 i 30.
110. Jakowski M.: »List otwarty do redakcyi« Gaz. Lek. 1897, Nr. 20.
111. Kraus F.: »Immunität bei Tuberkulose« Zeits. f. Tub. Bd. VII, Hft 3.
112. Krapf: »Nürnb. mediz. Gesellschaft«. Sitzung 20. IV, 1905 (ref.) in Mün. med. Woch. 1905, Nr. 28.
113. A. Kurzer (in Lorek): »Tod nach Tuberkulineinspritzung« Med. Corresp. Blatt des Würtemb. ärztlichen Landesvereins Nr. 18, 1904.
114. Krause: »Die Tuberkulintherapie in der ambulanten Behandlung und bei Fiebernden« Mün. m. Woch. 1905, Nr. 52 und Deut. m. W. 1905, Nr. 51.
115. — »Bemerkungen zu Dr. G. Schröders Referat« Zeitschr. f. Tub. Bd. IX, Heft 4.
116. Koch R.: »Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen die Tuberkulose« Deut. med. Woch. 1890, Nr. 46a.
117. — »Nachschrift« do art. Goetscha D. m. W. 1901, Nr. 25.
118. — »Fortsetzung der Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose« D. m. W. 1891, Nr. 3.
119. — »Weitere Mittheilungen über das Tuberkulin« D. m. W. 1891, Nr. 43.
120. — »Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination« D. m. W. 1901, Nr. 48.
121. — »Ueber neue Tuberkulinpräparate« D. m. W. 1897, Nr. 14.
122. — »Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten gemacht sind« D. m. W. 1901, Nr. 33.
123. Koczyński und Adamkiewicz: »Einige Bemerkungen über die Art und Weise wie gesunde und der Lungentuberkulose verdächtige Individuen auf Koch'sche Impfungen reagieren« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 4.
124. — (to samo po polsku): »Kilka uwag tymczasowych o sposobie w jaki zdrowi i t. d.« Przegl. Lek. 1891, Nr 2.
125. Koczyński: »O zmianach przelotnych jakie powstać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Kocha« Przegl. Lek. 1891, Nr. 3.
126. Kentzler: »Der Komplementgehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Lungentuberkulose« Berl. klin. Woch. 1905, Nr. 11.
127. Krehl und Matthes: »Wie entsteht die Temperatursteigerung des fiebernden Organismus« Archiv. f exper. Pathologie Bd. 36, 1897.
128a. Köhler F.: »Zur Tuberkulinfrage« Zeit. f. Tub. Bd. V, Hft III.
128b. — «Die Lungenheilstätte Holsterhausen bei Werden« Ibid. Bd. IV, Heft I.
129. — »Tuberkulin und Organismus« Jena 1905.
130. — »Tuberkulin per os« Zeit. f. Tub. Bd. 10, Heft 4.
131. de Kursmaecker: »De la guérison de la cystite tuberculeuse«. Extr. des annales de la St. de médecine d' Anvers. Mars 1906.
131b. Köppen: Ueber die probatorische Tuberkulininjektion« Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. II, Hft 3.
132. Kossel: »Etude comparative des diverses tuberculines« Congrès Inter. de Tuberculose Paris 1905.
133. Kremser: ref. w Bericht über die I. Versammlung der Tuberculoseärzte in Berlin 1903 i II. Berlin 1904.
134. Klebs E.: »Ueber Entstehung und Behandlung der menschlichen Lungentuberkulose« D. m. W. 1907, Nr. 15.
135. Karwacki L.: »Sur un nouveau réactif pour l' agglutination tuberculeuse« Zeit. f. Tub. Bd. IX, Hft 3.
136. — »Ueber die specif. Eigenschaften des antitoxischen Serums von Maragliano« Ibid. Bd. VIII, Hft 1.
137. Klemperer F.: »Exper. Beitrag zur Tuberkulosefrage« Zeits. f. klin. Medizin Bd. 56, 1905, Hft 3 und 4.
138. v. Leyden: »Klinische Erfahrungen über die diagnostische Bedeutung der Koch'schen Lymphe« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 12 und 13.
139. Löwenstein und Kauffmann: »Ueber die Dosierung des Alttuberkulins zu diagn. Zwecken« Zeit. f. Tub. Bd. 10, Hft 1.
140. Löwenstein: »Tuberkulin per os.« Ibid. Bd. 9, Hft 4.
141. Löwenstein und Rappoport: »Ueber den Mechanismus der Tuberkulinimmunität« Ibid. Bd. V, Hft 6.
142. Löwenstein: »Ueber Septikämie bei Tuberkulose« Ibid. Bd. VII, Hft 6.
143. Lüdke: »Beobachtungen über 100 mit altem Koch'schen Tuberkulin behandelte Fälle. Aus der mediz. Klinik in Würzburg« Zeit. f. Tub. Bd. 8, Hft 2.
144. — »Tuberkulinreaction und Tuberkulinimmunität« Beitr. zur Klinik der Tuberk. Bd. VI, Hft II.
145. Lewinson: (ref.) »Aerzt. Verein in Frankfurt 11. VI. 1906« in Deut. med. Woch 1906, Nr. 44.
146. Lannoise: »Organo-toxine« Zeits f. Tub. Bd. I, Hft 4.
147. Lévy Ludwig: »Blutdruckmessungen an Tuberkulösen« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose, Bd IV, Hft I.
148. Mikulicz: »Die bisherigen Erfolge des Koch'schen Heilverfahrens gegen Tuberkulose« D. m. W. 1891, Nr. 10.
149. Mitulescu: »Die Ergebnisse der specif. Behandlung in der chronischen Lungentuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. 9, Hft 3 und 4.
150. — »Die Vortheile der kombinierten Behandlung der chronischen Tuberculose« Deut. med. Woch. 1903, Nr. 21.
151. Maragliano: »Kampf und Immunisation des Organismus gegen Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1903, Nr. 25 i 26.
152. — »Die specifische Therapie der Tuberkulose« Berl. Klin. Woch. 1906, Nr. 43, 44 u. 45.
153. — »Exper. Beiträge zur Kenntniss der tuberkulösen Toxhämie« Zeit. f. Tub. Bd. I, Hft IV.
154. Marmorek Aleksander: »Resorption toter Tuberkelbacillen« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 36.
155. — »Beiträge zur Kentniss der Virulenz der Tuberkelbacillen« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 11.
155bis. Moeller, Loewenstein et Ostrowsky: »Une nouvelle méthode de diagnostic de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Koch, sa valeur clinique« Congrès Intern. de la Tuberculose a Paris 1905 T. I.
156. Moeller A.: »Zweiter ärztlicher Jahresbericht der Heilstätte Belzig.« Zeit. f. Tub. Bd. III, Hft III.
157. Moeller A. und Kayserling: »Uber die diagnostische und therapeutische Verwendung des Tuberkulins« Ibid. Bd. III, Hft 4.
158. — »Dritter ärzt. Bericht etc.« Ibid. Bd. IV. Hft IV.
159. — »Zur Frühdiagnose der Tuberkulose« Münch. med. Woch. 1901, Nr. 50.
160. — »Ueber aktive Immunisierung gegen Tuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. V, Hft III.
161. — »Verein fur innere Medizin in Berlin« Deut. med. Woch. 1907, Nr. 15.
162. — »Die specifische Therapie« Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht Schröder und Blumenfeld 1904.
163. — »Vergleichende exper. Studien über Virulenz verschiedener Tuberkelbacillenstämme menschlicher Herkunft« Zeitsch. f. Tub. Bd. V, Heft I.
164. Meissen: »Bericht über 208 seit 3—11 Jahren geheilt gebliebene Fälle von Lungentuberkulose« Zeit f. Tub. Bd. IV, Hft 2.
165. — »Betrachtungen über Tuberkulin« Ibid. Bd. 10, Hft 4.
166. — »Die Tuberkulinprobe« Heilkunde 1903, Nr. 11.
167. v. Mengershausen: »Bericht über die I. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1903«.
168. Mazzotti L.: »Della tubercolina ad operata a scopo diagnostico« (ref. Centr. f. Inn. Medizin 1902, Nr. 13).
169. Morgenroth J. und Rabinowitsch Lydia: »Die Immunitätsreactionen tuberkulösen Gewebes und deren Zusammenhang mit der Theorie der Tuberkulinwirkung« D. m. W. 1907, Nr. 18.
170. Moussu: »Le bilan actuel de la vaccination antituberculeuse« Semaine méd. Nr. 49, 1906.
170bis. Mettetal: Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance« Paris 1900.
171. Nurney: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Breslau. September 1904« Münch. med. Woch. Nr. 40, 1904 und Zeit. f. Tub. Bd. VI, Hft 4.
172. Neufeld. »Ueber Immunisierung gegen Tuberkulose« D. M. W. 1903, Nr. 37.
173. — »Zur Geschichte der Entdeckung der Immunisierung gegen Tuberkulose« Ibid. 1904, Nr. 18 i 34.
174. Neisser E.: (ref.) »Bericht über die II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904«.
175. Nienhaus: »Jahresbericht Basler Heilstätte in Davos für das Jahr 1903«.
176. Naegeli Otto: »Ueber Haufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose nach 500 Sectionen des Züricher'schen Patholog. Instituts« Virch. Archiv Bd. 160, 1900.
177. Nencki L., Mączewski Wł. i Łogucki A.: »W sprawie wyrobu i stosowania nowej tuberkuliny« Gaz. Lek. 1897, Nr. 19.
178. Oppenheim A.: »Beobachtungen bei Anwendung des Koch'schen Mittels« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 3.
179. Orth J.: »Zur Statistik der primären Darmtuberkulose« Berl. klin. W. 1907, Nr. 8.
180. Petruschky: »Die specifische Behandlung der Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1899, Nr. 51 und 52.
181. — (ref.) »Compt. rendus. Congr. Internat. à Moscou« rok II, str. 97—107.
182. — »Beobachtungen über Ehen und Nachkommenschaft Tuberkulösser die mit Tuberkulin behandelt worden« Zeitsch. f. Tub. Bd. VI, Heft 4.
183. — »Die Heilung bei Tuberkulose« Leipzig 1904.
184. — »Kriterien und Kontrolle der Heilung bei Lungentuberkulose« Jena 1903.
185. — »Tuberkulinbehandlung in Heilstätten« ref. I. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1903.
186. — »Vortrage zur Tuberkulose-Bekämpfung« Leipzig 1900 (Leineweber).

187. Prior J.: »Das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberkulosis in seiner Einwirkung auf den gesammten Organismus und den Sitz der Erkrankung« Mün. M. W. 1891, Nr. 3.
188. Pielicke und Senator: ref. w »Berl. klin. Woch.« 1904, Nr. 19, St. 508. Sitzung Berl. med. Gesellschaft 27. IV. 904.
189. Püppelmann: »Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Bacillen Emulsion Koch« Berl. klin. Woch. 1905, Or. 36.
190. Pickert: »Ueber den Werth der Tuberkulin-Diagnostik für die Heilstätten« Mün M. W. 1903, Nr. 43.
191. — »Zur Tuberkulindiagnose in der Heilstätte« Zeit. f. Tuberkulose Berl. IV, Heft 1.
192. — »Bericht über die II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904.
193. Przedborski L.: »Wyniki stosowania płynu Kocha w szpitalu starozakonnych w Łodzi« Gaz Lek. 1891, Nr. 34 i 35.
194. Rütimeyer: »Ein Fall von acuter Meningitis tuberculosa nach Koch'scher Behandlung einer Phithtis pulmonum« Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 5.
195. Prof. Rumpf (Marburg): »Vorläufiger Bericht über 60 nach der Methode von R. Koch behandelte Krankheitsfälle« Deut. med. Woch. 1891, Nr. 3.
196. Dr. Rumpf (Friedrichsheim): II. Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1904.
197. Romberg: »Zur Serumdiagnose der Tuberkulose« Deut. m. W. 1901. Nr. 18.
198. Roemisch W.: »Ueber Erfolge mit Tuberkulinbehandlung nach Goetsch'em Verfahren« Mün. med. Woch. 1902, Nr. 46 u. 47.
199. — »Ueber Dauererfolge mit Tuberkulinbehandlung« Ibid. 1907, Nr. 3.
200. Rudolph: »Kombinierte Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk und Tuberkulin« Mün. m. W. 1902, Nr. 48.
201. Renebold: »Zur Heilwirkung des Tuberkulins bei Lungentuberkulose« D. M. W. 1897, Nr. 36.
202. Roepke: »Ueber diagnostische Tuberkulindosen« Zeit. f. Tub. Bd. 10, Heft 5.
203. — »Das Tuberkulin in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. IV, Heft I.
204. Rabinowitsch Lydia: »Die Beziehungen der menschlichen Tuberkulose zu der Perlsucht des Rindes« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 24.
205. — »Neue experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose« Deut. med. Woch. 1906, Nr. 45.
206. — »Zur Frage latenter Tuberkulose« Berl. kl. Woch. 1907. Nr. 2.
207. Rosenberg F.: »Beobachtungen bei Behandlung von Phthisikern mit Tuberkulin« Zeit. f. inn. Medizin Nr. 19, 1903.
208. Rollier: ref. »Ste vendoise de médecine« Revue médicale de la Suisse Romande, Nr. 8, 1906.
208 bis. Rosenfeld: »Ueber Tuberkulineinspritzungen« Württemb. Corresp. Bd. 8, Nr. 28 Deut. m. Woch. 1904, Nr. 32.
209. Renzi: »Ueber einige Enttäuschungen und Hoffnungen bei der Behandlung der Tuberkulose« Berl. klin. Woch. 1906, Nr. 19.
210. Röth-Schulz: »Ueber den diagn. Werth des alten Koch'schen Tuberkulins« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Heft II.
211. H. Schmidt: »Beiträge zur Beurtheilung der Tuberkulinreaction« Mün. m. W. Nr. 18, 1904.
212. Shöler: »Sitzung der Berl. Opht. Gesellschaft 19. V. 904« ref. Deut. med. Woch. 1904, Nr. 25.
213. Schlüter Robert: »Ueber den diagn. Werth der Tuberkulinreaktion« Deut. med. Woch. 1904, Nr. 8.
214. Stintzing: »Ueber Tuberkulinwirkungen in diagn. und therap. Beziehung« Mün. m. W. 1891, Nr. 9, 10, 11.
215. Sokołowski Alfred: »Suchoty płucne« T. III, Warszawa 1906.
216. — »Przypadek owrzodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony zapomocą wstrzykiwania płynu Kocha« Gaz. Lek. 1891, Nr. 24.
217. Spengler C.: »Therap. und diagn. Resultate der Tuberkulinbehandlung« Davos 1892.
218. — »Ueber Tuberkulinbehandlung« Davos 1897.
219. — »Zur Diagnose geschloss. Lungentuberkulose etc.« Davos 1900.
220. — »Klassenstadieneinteilung der Lungentuberkulose etc.« Jena 1903.
221. — Ein neues immunisierendes Heilverfahren etc« Deut. M. Woch. 1904, Nr. 31.
222. — »Tuberkulinbehandlung im Hochgebirge« Davos 1904.
223. — »Ein neues immunisierendes Heilverfahren der Lungenschwindsucht mit Perlsuchttuberkulin« D. m. W. Nr. 31 und 34.
224. — »Die Doppelätiologie der tuberkulösen Phtise und die Vakzinationsbehandlung« Wien. klin. Rundschau 1906, Nr. 33.
225. Schmidt Adolph: »Bemerkungen zur Diagnose der Lungenschwindsucht« D. m. W. 1903, Nr. 40.
226. Stargard: »Mediz. Gesellschaft in Kiel 2. XII. 905« ref. Mün. med. Woch. 1906, Nr. 12.
227. Schnöller A.: »Theoretisches und praktisches über Immunisierung gegen Tuberkulose« Strassburg 1905.
228. Sahli: »Ueber Tuberkulinbehandlung« 2-te Auflage Basel 1907.
229. Straus: »La tuberculose et son bacille« Paris 1895.
230. Schreiber: »Ueber das Koch'sche Heilverfahren« Deut. med. Woch. 1891, Nr. 8.
231. Schick Běla: »Die diagnostische Tuberkulinreaktion im Kindesalter« Jahrb. für Kinderheilkunde Bd 11, Heft 5.
232. Schmidt Moritz: »Congress für innere Medizin« Wiesbaden 1891.
233. Schrader: »Aerztl. Jahresbericht 1901 der Volksheilstätte. Loslau os.« Loslau 1902
233 bis. Schüle A.: »Ueber die probatorische Tuberkulininjektion« Beitr. z. Klinik der Tub. Bd. II, Heft I.
234. Schröder G.: »Ueber neuere Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose« Zeit. f. Tub. Bd. III, Heft I.
235. — Ibidem Bd. VIII, Heft II.
236. — Ibidem Bd. VIII. Heft VI.
237. — Ibidem Bd. X, Heft III.
238. Schröder und Kaufmann: »VII Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg für das Jahr 1905«.
239. — »Ueber die Wirkungen der Alttuberkuline« Beitr. zur Klinik der Tuberkulose Bd. VI, Heft 4.
240. Srebrny Z.: »Sprawozdanie ze spostrzeżeń poczynionych w Berlinie nad działaniem płynu Kocha« Gaz. Lek. 1890, Nr. 48.
240 bis. Servaes: »Bemerkungen über die Gefährlichkeit der probatorischen Tuberkulinimpfung« Beitr. zur Klinik der Tub. Bd. II, Heft III.
241. Seemann E. A.: »Płyn Kocha w chorobach chirurgicznych« Gaz. Lek. 1891, Nr. 1.
242. Szumowski W.: »Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy« Medycyna Nr. 42 i 43, 1898.
243. Turban: »Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose« Wiesbaden 1899.
244. — »Congress f. innere Medizin« Wiesbaden 1891.
245. Virchow: »Berl. klin. Woch« 1891, Nr. 3 i 4. Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 14—21. I. 1891.
246. — Ibid. Nr. 5, 1891, Sitzung etc. 28. I. 1891.
247. — »Bericht über Tub. Kongress in Berlin 1899«.
248. — Weber: »Bericht über die Impfungen mit Koch'scher Lymphe in 1890 Jahre« D. m. W. 1891, Nr. 4.
249. Weicker Hans: »Tuberkulose-Heilstätten-Dauererfolge« Leipzig 1903 (Leineweber).
250. Wolff: (ref.) »Versammlung Deut. Naturf. und Aerzte in Stuttgart. Sitzung 21. IX. 906« Berl. klin. Woch. Nr. 41.
251. Weber A.: »Die Infektion des Menschen mit den Tuberkelbacillen des Rindes (Perlsuchtbacillen)« D. m. W. 1906, Nr. 49.
251 bis. Weischer T.: »Zur Tuberkulinbehandlung« Zeits. f. Tub. Bd. VII, Heft 3.
252. Wegener: »Ueber Tuberkulineinspritzungen insbesondere die Zweckmässigkeit derselben in den Heilstätten der Versicherungsanstalten« Zeit. f. Tub. Bd. VI, Heft 5.
253. Wassermann: »Neuere experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose« in Bericht über die III Versammlung der Tuberkuloseärzte in Berlin 1906.
254. Wassermann und Bruck: »Experimentelle Studien über die Wirkung der Tuberkelbacillenpräparate auf den tuberkulös-erkrankten Organismus« D. m. W. 1906, Nr. 12.
255. Weil Edmund: »Zur Erklärung der Tuberkulinreaction durch Antituberkulin im tuberkulösen Herde« Mün. med. Woch. 1907, Nr. 6.
256. Zupnik: »Ueber die Tuberkulinreaktion« Deut. Arch. f. klin. mediz. Bd. 76.
257. Ziegler: »Congress f. Innere Medizin« Wiesbaden 1891.

Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź doc. A. Wrzoskowi

na jego recenzyę mojej rozprawy: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka«.

Doc. A. Wrzosek zamieścił w Numerze 40 »Przeglądu« w swojej nader łaskawej ocenie mojej rozprawy kilka uwag krytycznych, które wymagają od autora odpowiedzi. Na wstępie jednak zastrzegam się, że nie dlatego odpowiadam, żebym mniemał, iż ja się nigdy nie mylę i że mnie trzeba wyłącznie chwalić, a nigdy ganić; przeciwnie, sam widzę liczne braki mojej rozprawy, sądzę też, że krytyka jest rzeczą nietylko pożądaną, ale wprost niezbędną. Jeżeli pragnę odpowiedzieć, to dlatego, że zarzuty recenzenta płyną z kwestyi ogólniejszych, których ja nie miałem sposobności w mojej rozprawie ani należycie przedstawić, ani nawet krótko wymienić. I to właśnie pragnę uczynić w niniejszej odpowiedzi. Chodzi nam o dwie sprawy: po pierwsze, o sprawę ujemnego charakteryzowania w historyi, powtóre, o zadania polskiej historyi medycyny, dotyczące Jędrzeja Śniadeckiego.

Co do pierwszego, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że recenzent jest więcej przeciwnikiem ujemnego charakteryzowania wogóle, niż charakteryzowania mało umotywowanego. Doc. Wrzosek jest zdania, »że historyk wtedy tylko może wydawać potępiający kogoś wyrok, gdy przytoczy niezbite dowody jego

winy«. Gdyby recenzent powiedział »jakikolwiek wyrok potępiający, czy pochwalny, byle niedostatecznie umotywowany«, to jabym w odpowiedzi starał się uzasadnić potrzebę stawiania hipotez w historyi. To jednak wydaje mi się niepotrzebnem, gdyż doc. Wrzoskowi chodzi przedewszystkiem, a bodaj nawet wyłącznie o sądy potępiające. Doc. Wrzosek staje w obronie Luza, którego ja przedstawiłem w niekorzystnem świetle. Wiadomo już oddawna, jakiej to konduity i jakiego charakteru cudzoziemcy przyjeżdżali w XVIII. wieku do Polski. Pisze też o nich dosyć i Krupiński. Już tedy z góry mielibyśmy prawo podejrzliwem okiem patrzeć na Włocha, który w swojej ojczyźnie nie mógł sobie miejsca znaleść i przyjechał szukać chleba aż w Polsce. A cóż dopiero miałem uczynić, gdym przeczytał jego memoryał, w którym autor pragnie, by ilość lekarzy w Galicyi się nie zwiększała, kiedy było ich razem, licząc w to i cyrulików, około 34 na 2 miliony ludności (str. 70). Pragnie też bardzo Luz, żeby każdy lekarz miał przyzwoite zyski i taki proponuje gubernatorowi modus, w którymby jemu (Luzowi) przyznano prawo nakładania pieniężnych kar na winnych. Jednocześnie w memoryale opowiada z patosem o swoich zasługach. Mimo to wszystko dr. Wrzosek Luza broni i jest z uznaniem dla niego za to, że leczył on darmo chorych w szpitalu Sióstr Miłosierdzia. Zapewne. Przypuszczam jednak na podstawie deklamatorskich ustępów memoryału Luza, że i o tem bezpłatnem leczeniu Luz sam trąbił szeroko a głośno.

Co do Krupińskiego, to z pewnością jego prawość, o której piszę na str. 205 mojej rozprawy, jest o wiele więcej hipotetyczna, niż ten jeden jedyny rys ujemny jego charakteru, który nazwałem próżnością. Prawości bowiem się domyślam, ale żaden z przytoczonych przezemnie tam argumentów nie dowodzi jej z bezwzględną pewnością. Natomiast próżność wynika chyba z tego, co przytoczyłem w mojej rozprawie, niezbicie. Oczywiście wynika nie z tego, że były portrety i tytuły, bo te dopuszczają i tłómaczenie recenzenta, ale z tego, że Krupiński obcą pracę podawał w swoich książkach za swoją (ten dowód próżności Krupińskiego znajduje się u mnie na str. 191 na pierwszem miejscu). Nie chodziło więc Krupińskiemu o rzecz, o której licho pisał, ale o własną jego osobę, której nazwisko w całej pełni figurowało na grubych książkach. Za ten ciężki grzech przywłaszczania sobie cudzej pracy, grzech bodaj w dziejach nauki najcięższy, jaki można popełnić, nazwałem Krupińskiego tylko próżnym. Czy recenzent istotnie sądzi, że mój sąd stanowczy jest tutaj przesadzony? Czy można było ten grzech nazwać inaczej? Czy zresztą człowiek nie próżny ośmieli się dedykować królowi bezwartościowe dzieło, w którem są całe rozdziały odpisane od innych i w dedykacyi napisać, że jest to dzieło »usilną pracą autora ułożone«? Sądzę, że nie. Jeśli dr. Wrzosek jest innego zdania, to chyba jedynie dlatego, że jest zasadniczym przeciwnikiem wszelkiego ujemnego charakteryzowania.

A teraz pytanie, czy jest słusznem w nauce stanowisko, na którem się czyni różnicę między sądem potępiającym a sądem pochwalnym? Zapewne, ojcowie naszej historyi medycyny, Arnold i Gąsiorowski, bardzo wiele chwalili, a bardzo mało ganili. Ale przecież historya medycyny nie może mieć swojej odrębnej historycznej metody, lecz musi naśladować swoją rodzicielkę-historyę. Zdaje mi się, że możnaby licznymi cytatami dowieść, że większość dzisiejszych historyków zupełnie tak samo otwarcie wydaje sądy potępiające, jak i sądy obojętne lub pochwalne. Proszę wziąć np. wykład historyi powszechnej Tadeusza Korzona, albo pisma historyczne Szymona Askenazego. Askenazy bardzo ostro się wyraża: Augusta II. nazywa »wielkim zbrodniarzem stanu«, Augusta III. »wielkim pasorzytem stanu« (Dwa stulecia, wyd. II, str. 165), Brühla »awanturnikiem, tchórzem, który miał lokajski spryt, ale ciasną głowę« (tamże str. 167), dyplomatę Moneta — wydrwigroszem (Wczasy historyczne, wyd. II, str. 13), lekarza Mitzlera de Koloff, nawet skądinąd zasłużonego — szarlatanem (tamże str. 30). Tadeusz Wojciechowski postawił w Szkicach z XI. wieku hipotezę, że św. Stanisław był zdrajcą. Nie dowiódł tego z bezwzględną pewnością, bo o wieku XI. trudno coś dzisiaj dowieść z bezwzględną pewnością. A jednak w imię prawdy nie oszczędził nawet świętego.

Jeśli mi ktoś powie, że wojowanie powagami, to jest metoda średniowieczna, to ja będę inaczej argumentował. Tylko nekrolog albo panegiryk może sztucznie podnosić zasługi, a zasłaniać lub pomijać winy, ale nie historya. Historya jest nauką, która bada. A dla nauki różnicy między dobrem, a złem, być nie może. Dodam też, że w mojem przekonaniu taki charakter wykładu podnosi jego barwność i czyni go bardziej zajmującym, taki bowiem wykład przemawia nietylko do umysłu, ale i do uczucia.

Przechodzę do drugiej sprawy, t. j. do naszych zadań względem Jędrzeja Śniadeckiego. Mnie się wydaje, że gdy historyk czy to medycyny, czy literatury, czy filozofii, czy jakiejkolwiek innej gałęzi wiedzy ma do opracowania plon myślowy, dzieło jakiejś wybitnej postaci, to praca jego może być pojęta jako trojakie zadanie. 1) Opis dzieła. 2) Wykazanie genezy dzieła. 3) Wykazanie wpływu dzieła. Zadanie pierwsze jest najłatwiejsze. Przeczytać, opowiedzieć, streścić i podkreślić punkta najważniejsze — oto i całe zadanie. Jakkolwiekbądź to zadanie powinno niewątpliwie należeć do historyka, to jednak prawdziwa sztuka historyczna występuje dopiero w zadaniu drugiem i trzeciem, w nich bowiem właśnie chodzi dopiero o ten idealny nieprzerwany łańcuch historyczny, w którym każde ogniwo łączy się z poprzedniem i następnem ogniwem. Ogniwo dostrzedz — nie sztuka; sztuka — dostrzedz połączenia.

»Teorya jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, jak każda rzecz na świecie, powstała pod różnorodnymi wpływami. W epoce, poprzedzającej powstanie »Teoryi jestestw organicznych«, pytanie »Czem jest życie« nader żywo zajmowało umysły. Leibnitz powiedział, że świat składają same monady, a z nich każda jest żywa. Dla Kanta żywy ustrój był cudem w świecie mechaniki. Pojęciem centralnem w filozofii przyrody Schellinga było życie. W przeciwieństwie do pomysłów witalistycznych zdawna istniały poglądy mechanistyczne i materyalistyczne. Lamettrie, Holbach, Helwecyusz, Condillac i bardzo wielu innych reprezentowali materyalizm we Francyi; Hartley i Priestley w Anglii. Na gruncie tych poglądów filozoficznych wyrastały świadomie lub nieświadomie teorye o życiu u przyrodników i lekarzy. We Francyi zdawna kwitła szkoła witalistyczna w Montpellier, gdzie reprezentowali ją Borden, Barther, Dumas, Grimaud. Pod wpływem szkoły Montpellierskiej powstały poglądy Pinela i Bichata. Nauka Hallera o czułości i drażliwości bądź tworzyła, bądź podsycała witalizm. Z tej nauki wyszła teorya Browna, której było sądzonem odegrać ważną rolę w rozwoju Śniadeckiego. We Włoszech miał pomysły o życiu Gallieri, w Anglii reprezentował witalizm Erazm Darwin i t. d. i t. d. Dzieła tych wszystkich uczonych mężów z pewnością poznał i przetrawił chciwy wiedzy umysł Śniadeckiego. Nie ulega też wątpliwości, że Śniadecki nie należał do tych lekarzy-przyrodników, dla których cała filozofia streszcza się w naukach przyrodniczych. Przeciwnie, rozprawa Śniadeckiego »O niepewności zdań i nauk na doświadczeniu fundowanych«, jak też i liczne miejsca »Teoryi jestestw organicznych« dowodzą, że Śniadeckiemu nie był obcym stan współczesnej filozofii (o tem pisze Struwe i inni). Kto wie, czy nie ma łączników między jego filozofią, a teoryą fizyologiczną? Co Śniadecki z cudzych poglądów przyjął, co odrzucił, co zmienił i wreszcie co sam stworzył, to wszystko z całą precyzyą wykazać powinien historyk, zajmujący się genezą teoryi Śniadeckiego. Na tym punkcie najwięcej u nas wypowiedziano frazesów. Jak się takie rzeczy robi, można się dowiedzieć z monografii, należących do historyi literatury lub historyi filozofii. W tej ostatniej gałęzi zasługuje na naśladowanie słynne dzieła Kuno Fischera.

Najważniejszem dla nas ze względu na znaczenie Śniadeckiego jest zadanie trzecie: wykazać wpływ jego teoryi na późniejszych biologów. Tu mogą być, biorąc rzecz z grubsza, dwie ewentualności. Może się okazać, że istotnie taki Müller, albo Liebig, albo Klaudyusz Bernard, tworzyli swoje poglądy pod wpływem teoryi Śniadeckiego. Ale może też być, że Śniadecki genialnym umysłem stworzył wielkie dzieło, które nie miało wcale spadkobierców. Byłoby to ogniwo, które w łańcuchu historycznym łączyło się z poprzedniemi, ale nie znalazło żadnych następnych ogniw. To samo dzieło stworzyli potem inni, może pod tymi samymi wpływami, co i Śniadecki, ale zupełnie niezależnie od niego. Żeby się dowiedzieć, jak było istotnie — i to jest właśnie owo kapitalne zagadnienie — trzeba na to badań nie biologicznych, ale badań historycznych. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną wyświetlić historyę przekładów Śniadeckiego i same te przekłady dokładnie zebrać. Dlaczego były aż dwa przekłady niemieckie? Czy pierwsze wydanie się wyczerpało? O tem wszystkiem Baliński nie pisze. A jednak przecie z tych przekładów czerpali cudzoziemcy wiadomości o nauce Śniadeckiego. Kułakowski (Gazeta lekarska 1869, str. 360) przypuszcza, że Müller fałszywie pojmował teoryę Śniadeckiego i podejrzywa, że ten błąd wcisnął się w tłómaczenie niemieckie. Jednakże Kułakowski nie miał niemieckiego przekładu przed sobą, gdy pisał te słowa, i ostatecznie nie wiadomo, czy błąd faktycznie był, czy nie.

Tak ja pojmuję nasze zadania względem Jędrzeja Śniadeckiego. Pod wpływem tych przekonań i jednocześnie lektury naszych rozpraw powstały moje słowa, które potępił recenzent mojej rozprawy, doc. Wrzosek.

Oczywiście różnimy się w zdaniach i to różnimy bardzo poważnie. Za najlepszą rozprawę o Śniadeckim uważa doc. Wrzosek rozprawę Żulińskiego, nazywając ją jedną z najlepszych rozpraw, jakie zna w naszej historyi medycyny. Te słowa Wrzoska zwalniają mnie od obowiązku mówienia o innych autorach, którzy pisali o Śniadeckim, ci bowiem pisali gorzej, niż Żuliński. Mógłbym tylko ogólnikowo zaznaczyć, że wszyscy ci autorowie brali się głównie do zadania pierwszego, najmniej historycznego, streszczali dzieło i poglądy Śniadeckiego. Że i tu jednak nie było u autorów zgody, dowodzą spory Kramsztyka z Kułakowskim, Struwego z pozytywistami. Kto zaś się brał do badania genezy i wpływu dzieła, ten czynił to nader dorywczo, bez metody, nie mówiąc już o frazesach. Co zaś do Żulińskiego, to według mego zdania jego rozprawa jest dobrą rozprawą — biologiczną. Głównym celem rozprawy Żulińskiego jest wykazać, że witalizm Śniadeckiego jest w biologii poglądem jedynie dopuszczalnym. Zestawienie teoryi Liebiga z teoryą Śniadeckiego jest istotnie bardzo dobre, ale z tego rozbioru esencya dla historyi wynika więcej przygodnie, Żulińskiemu bowiem stale chodzi o to, że Śniadecki dziś jeszcze jest zapoznany. Rozumowanie Żulińskiego jest w krótkości następujące: Liebiga wysławiają wszyscy i na jego poglądy się godzą; teorya Liebiga jest bardzo podobna do teoryi Śniadeckiego: a więc wysławiajmy także Śniadeckiego i na jego poglądy się gódźmy (Roczn. Tow. Przyj. Nauk Pozn. str. 159). To jest główny motyw rozprawy Żulińskiego. Sprawę istotnej zależności Liebiga od Śniadeckiego, sprawę przecież dla historyi medycyny najważniejszą, Żuliński zostawia na uboczu, wyznając otwarcie, że »nie wchodzi, ani zagłębia się w to, czy istniał, czy nie, jaki stosunek duchowy między dziełem Śniadeckiego a pomysłami fizyologiczno-chemicznymi Liebiga« (str. 36). Czy takby postąpił historyk? Według mego zdania historyk nauki przedewszystkiem powinien się pytać, jaki wpływ wywarło dzieło na współczesnych, a pytanie, czy te same poglądy dadzą się jeszcze i dziś utrzymać, jest pytaniem drugorzędnem i raczej to pytanie, niż tamto, powinno być pominięte. Historya filozofii nie pyta się, czy poglądy np. Kartezyusza dadzą się dziś utrzymać. Dzisiejszy czytelnik z łatwością znajdzie u Kartezyusza pełno sprzeczności i paralogizmów i może poprostu z politowaniem wzruszać ramionami. Na stanowisku Żulińskiego trzebaby Kartezyusza odsądzić od wartości. Dopiero, gdy przyjdzie historyk i wykaże ogromny wpływ Kartezyusza na współczesne i następne pokolenia, wtedy dopiero się pokaże, że Kartezyusz zasługuje na miano »ojca nowożytnej filozofii«. Metoda, w której obronie ja tu staję, jest niezrównanie przeprowadzona w historyi filozofii Windelbanda.

Doc. Wrzosek w swojej recenzyi pisze jeszcze o Szokalskim. Mnie się wydaje, że to, co powiedział wtedy na Zjeździe Szokalski, jak to on rozpowiadał Liebigowi i Klaudyuszowi Bernardowi o teoryi Śniadeckiego, nie może być brane dosłownie. Pomimo całej czci dla Szokalskiego historyk takie osobiste wspomnienia musi przyjmować nader ostrożnie.

Powyższe wywody dostatecznie, jak sądzę, usprawiedliwiają moje przekonanie, że do tej pory nie mamy ani jednej rozprawy historycznej, którąby należycie wyświetlała wpływ Śniadeckiego. Nie mamy ani jednej rozprawy, którąby występowała z całą logiką i nadawała się do ogłoszenia w którym z języków międzynarodowych. Jeżeli zaś my sami nie wiemy, czy Śniadecki wywarł jaki wpływ na Müllera, Liebiga i innych, to trudno, żeby coś o tem pisali cudzoziemcy.

Na tem kończę moje wywody, raz jeszcze zaznaczając, że uważam je za pożądane oświetlenie moich sądów, wypowiedzianych w rozprawie »Galicya pod względem medycznym«, że jednak bynajmniej ani wtedy nie rościłem, ani dzisiaj nie roszczę sobie pretensyi do nieomylności. Przeciwnie, wszelką krytykę rzeczową przyjmuję z wdzięcznością. *Szumowski.*

Kilka uwag z powodu odpowiedzi dra Szumowskiego

na moją recenzyę jego dzieła: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomedyka«.

Dyskusya w sprawach naukowych, które nie są dostatecznie wyjaśnione, zawsze jest pożądaną. Ponieważ zaś sprawa wpływu, jaki miała »Teorya jestestw organicznych« na naukę, dotychczas jest bardzo mało wyjaśniona, przeto nie wadzi dodać o niej jeszcze słów kilka.

Żuliński stwierdził podobieństwo poglądów Liebiga i Klaudyusza Bernarda z poglądami Jędrzeja Śniadeckiego, wyłożonemi w »Teoryi jestestw organicznych«. Stąd nasuwa się poniewolnie przypuszczenie, że uczeni ci znali dzieło Śniadeckiego i że niektóre poglądy swoje jemu zawdzięczają. W tem przypuszczeniu utwierdzają nas jeszcze następujące słowa Szokalskiego, którym nie wierzyć żadnego powodu nie mamy: »Ciesząc się zażyłością wielu naukowych znakomitości, — mówi Szokalski (Dziennik czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Poznań, 1884) — miałem ciągle pojęcia Śniadeckiego na myśli i miałem dość sposobności dostrzegać, że byłem głównym ich roznosicielem w Niemczech i Francyi i z przyjemnością uważałem, jak bezwiednie poniekąd w umysły wsiąkały. A rzecz prosta nader była, iż wszelkie naukowe postępy na tęż właśnie obróciły się drogę. Ponieważ mnie łączyły bardzo blizkie stosunki z Liebigiem, miałem sposobność o powinowatym mu duchem i zawodem Śniadeckim często rozpowiadać, a było to w roku 1836 w Giessen, kiedy wielki chemik niemiecki myślał dopiero o swem znakomitem dziele chemii organicznej, które w 1844 r. wyszło. Podarowałem mu nawet jeden egzemplarz tłómaczenia norymberskiego z r. 1821 i nie dziwi mnie wcale, że się teorya jestestw organicznych w jego chemii organicznej żywo odbija, jak to już zauważył p. Żuliński w swej wzorowej o »Teoryi jestestw organicznych« pracy, zamieszczonej w Pamiętnikach poznańs. Tow. Przyjaciół nauk. Że Liebig znał fizyologię Joh. Müllera, w której się tenże dosyć obszernie rozwodzi nad »teoryą jestestw«, żadnej wątpliwości podlegać nie może. Mogły zatem w jego umyśle pewne pozostać ślady, które się następnie uwydatniły. Podczas mojego dłuższego pobytu w Paryżu założyłem Towarzystwo lekarzy niemieckich, licznie uczęszczane, którego następnie Karol Vogt i Graefe prezydyum po mnie objęli. A w tem Towarzystwie, jak równie w licznych francuskich, miewałem nieraz wykłady. Toby może usprawiedliwiało uderzające podobieństwo pojęć Claude Bernarda z pojęciami naszego Jędrzeja....«

Z powyższego wynika, że dzięki Żulińskiemu i Szokalskiemu, wiemy już cokolwiek o wpływie »Teoryi jestestw organicznych« na naukę zachodnio-europejską, lubo zgodzić się trzeba na zdanie dra Szumowskiego, wyrażone w jego odpowiedzi, że do tego czasu nie mamy ani jednej rozprawy historycznej, którąby należycie wpływ dzieła Śniadeckiego na naukę wyświetlała.

W odpowiedzi swojej dr Szumowski poruszył niektóre sprawy ogólne. Z zapatrywaniami jego, mianowicie co do charakteryzowania w historyi i co do zadań historyi medycyny, w zupełności się zgadzam. Ta okoliczność zwalnia mię od obszernego dowodzenia, iż nie jestem »zasadniczym przeciwnikiem ujemnego charakteryzowania«. Jestem tylko przeciwnikiem wygłaszania sądów w formie stanowczej bez należytego ich umotywowania. Mówiłem w swojej recenzyi o sądach ujemnych, gdyż one przedewszystkiem uderzyły mię w rozprawie dra Szumowskiego. Jest to zresztą rzecz zrozumiała, iż łatwiej uderzają nas sądy o ludziach surowe, bezwzględne, aniżeli sądy pochwalne, na które zwykle baczniejszej uwagi nie zwracamy, jako na sądy, którymi się zbyt często, acz niesłusznie, szafuje. — O to, czy Luz był awanturnikiem, jeno o kieszeń własną dbającym, oraz czy Krupiński był w takim stopniu próżny, jak go dr Szumowski przedstawia, trudno się spierać, albowiem na zasadzie znanych nam dokumentów nie sposób sprawę tę z całą pewnością rozstrzygnąć. Co się tyczy osobliwie Krupińskiego, to na zasadzie pism jego można raczej wysnuć wniosek, iż był to nietyle człowiek próżny, ile nieudolny pisarz, nie pozbawiony jednak dobrych chęci. Pisał on swoje książki, chcąc przysporzyć piśmiennictwu polskiemu dzieł medycznych, których brak dawał się dotkliwie odczuwać. Popełnił on grzech, że w książkach swoich podawał ustępy z innych autorów, przełożywszy je na język polski lub streściwszy po polsku, nie podając źródła, skąd je brał. Atoli nie jest to, zdaniem mojem, tak wielki grzech, za jaki go dr Szumowski poczytuje. Należy bowiem uwzględnić niektóre okoliczności łagodzące.

Dzieła polskie Krupińskiego nie były to rozprawy naukowe, lecz raczej pisma, potrzebami chwili wywołane, pisane dorywczo, w pośpiechu. Podręcznik dla cyrulików, będący poniekąd powtórzeniem wykładów Krupińskiego (str. 247), został napisany, aczkolwiek nie na wyraźny rozkaz, to jednak zapewne na życzenie wyższych władz (str. 92). Dziełko zaś pod napisem: »Wiadomość o Rozciekach w powszechności, w szczególności zaś o wodzie mineralnej Kozińskiej« Krupiński napisał na żądanie kasztelana Tarnowskiego, właściciela Kozina.

Podręcznik swój Krupiński napisał »dla cyrulików i powszechnej potrzeby«. W książkach zaś popularno-naukowych, przeznaczonych nie dla specyalistów, lecz dla ogółu, dotychczas niema zwyczaju podawania źródeł, z których się czerpie; nie

było go tembardziej w wieku XVIII, w czasach, w których własność literacką daleko mniej ceniono, aniżeli obecnie. Krupiński, któremu sprawowanie urzędu protomedyka zapewne niemało czasu zabierało, pisał swoje książki bardzo niedbale i z wielkim pośpiechem, chcąc zaradzić naglącej potrzebie podręcznika polskiego dla cyrulików, a nie mając może wprost czasu na należyte wypełnienie tego zadania. Stąd, być może, powstały liczne usterki w książkach Krupińskiego, a między innemi i ta, że całe ustępy na prędce z obcych autorów przekładał i w swoich książkach bez podania źródła umieszczał. *A. Wrzosek.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Klapp. **Uśpienie przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*Therap. der Gegenw.* 1907, Z. 8). Uśpienie podane przez K. przeprowadza się po zawiązaniu wszystkich 4 kończyn. Przez to osiąga się zmniejszone krążenie, co powoduje mniejsze zużycie chloroformu lub eteru. W razie wystąpienia zamartwicy przez zdjęcie podwiązek z kończyn zobojętnia się za to szybko działanie środka usypiającego. *Klęsk.*

Honigmann i Schäffer. **Doświadczalne badania nad działaniem zastoiny Biera w procesach zapalnych.** (*Münch. mediz. Wochenschrift* 1907, Nr 36). H. i S. badali działanie zastoiny w procesach zapalnych, które wywoływali w tkankach zapomocą nitek, napojonych rozczynem azotanu srebra lub zawiesiną mikrobów i przekonali się, że zastoina wywołuje przedewszystkiem gromadzenie się surowicy i rozpad krwinek białych. Ewentualne nacieki zapalne pod wpływem zastoiny bywają wstrzymywane w rozwoju lub ulegają wessaniu. Im wcześniej stosuje się zastoinę, tem też wynik leczniczy jest większy i pewniejszy. Przy tworzeniu się więc zastoiny działa głównie leczniczo krew i surowica, a nie krwinki białe, które raczej działają może pośrednio z pomocą proteolitycznych fermentów, powstałych z ich rozpadu. *Klęsk.*

Kothe. **Zwiększona ilość krwinek białych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. 88, Z. 4—6). Ilość krwinek białych nie zależy zupełnie od rodzaju zakażających drobnoustrojów, lecz od natężenia samego zapalenia: Zapalenie surowicze cechuje ciepłota poniżej 38, tętno poniżej 100 i ilość ciałek niżej 14.000. 20.000 ciałek białych dowodzi już przy równoczesnem podniesieniu się tętna nad 100 i ciepłoty ponad 38 sprawy cięższej, a przy 30.000 zwykle spotykamy już rozległe zapalenie otrzewnej. Po zabiegu powinna ilość krwinek opaść prędzej lub później. Nie opada w przypadkach, gdy jeszcze gdzieś została ropa. W przypadkach rozlanego zajęcia otrzewnej ilość krwinek białych może stale być nizką. *Klęsk.*

Fricker. **Przyczynki do sprawy leczniczych wyników, zwłaszcza leczenia surowicą w tężcu.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* T. 88, Z. 4—6). Zestawienie 40 przypadków tężca. Z tego 18 leczono bez surowicy (88·8 prc. śmiert.), surowicą 22 (55·5 prc. śmiert.). Przy leczeniu surowicą stosowano jednak i energiczne leczenie miejscowe, co wyniki polepsza. Narkotyków powinno się też używać. Rokowanie zależy od nasilenia zakażenia, wystąpienia lub nie przypadłości przełykowych, długości okresu wylęgania i t. d. *Klęsk.*

Rieder. **O stosowaniu mniejszych ilości promieni Röntgena w terapii.** (*Münch. med. Wochs.* 1907 Nr 36). W miarę postępu techniki leczenia promieniami Röntgena zmniejszamy stale ilość naświetlania i staramy się dojść do minimum, któreby wpływało korzystnie na chorobę, a nie szkodziło ustrojowi. Jedynie w leczeniu nowotworów złośliwych używa się silnego naświetlania, uważa przytem jednak ściśle na resztę ustroju. W leczeniu natomiast chorób układu krwionośnego, chłonnego i skóry wystarczają zwykle naświetlania słabe. Przy białaczce n. p. powinno się zaraz zaprzestać naświetlań, skoro ilość krwinek białych zaczyna opadać. Przy leczeniu wola, choroby Basedowa, nerwobolu nerwu trójdzielnego i rwy kulszowej stosuje się prześwietlania 1—2 razy w tygodniu po 5 minut. Przy leczeniu chorób skóry działają najskuteczniej naświetlania słabe i krótkie, ale często powtarzane. Przy skórniakach wynik leczniczy bywa nie gorszy, niż operacyjny. Nowotwory złośliwe, głęboko położone, naświetlać należy silnie i twardemi lampami. Zwykle wynik leczniczy jest te tylko objawowy, chwilowy. Autor zaleca stosować naświetlania zaraz po operacyach guzów złośliwych celem zapobiegania tworzeniu się nawrotów. Naświetlać tu należy silnie twardą lampą i po kilkutygodniowej przerwie znowu kilka razy naświetlania powtórzyć. Promienie Röntgena są w ręku umiejętnego i fachowego lekarza dzielnym środkiem leczniczym, nie trzeba jednak ich używać szablonowo i za wiele. *Dr Klęsk.*

Körte. **W sprawie leczenia tętniaka groniastego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 35). K. miał w leczeniu 8 przypadków tętniaka groniastego. Usadowienie przeważnie na głowie, raz na szyi, raz na stopie. Tętniak groniasty uważać należy za typowy nowotwór, ma on dążność do ciągłego szerzenia się i zajmowania nawet bardzo rozległych przestrzeni. W miarwzrostu wzrasta też trudność doszczętnego zabiegu. Przypadłości, na które chorzy się skarżą, polegają na nieznośnym szumie i szmerach w naczyniach rozszerzonych, niemożebności czesania się, gdy tętniak zajmuje owłosioną część czaszki, a wreszcie na krwotokach. Najpewniejszym sposobem leczenia jest doszczętne wycięcie. Krwotok przytem naturalnie jest bardzo silny, dlatego też najlepiej jest podskórnie okłuć wokoło guza naczynia. Guz wycina się cięciem podkowiastem, odłącza od okostnej (przez którą zwykle nie przechodzi), a potem od skóry płata tak, że potem tym podkowiastym płatem można z powrotem ranę zakryć. Odpreparowywać tętniaka najpierw od pokrywającej go skóry nie można, bo krwotok jest za silny, a skóra w wielu miejscach jest bardzo cienka. Po wycięciu guza okoliczne rozszerzone tętnice maleją bardzo szybko. Z innych sposobów leczenia prowadzą również do celu, lecz nader wolno, i nie zawsze doszczętnie: nakłuwania elektryczne, wstrzykiwania wyskoku i sztyfciki magnezyowe Payera. Lieblein wyleczył chorego dopiero w 6 lat po zastosowaniu 402 wstrzykiwań wyskoku. *Klęsk.*

Heile. **Nowy przyczynek do etyologii i leczenia pooperacyjnych zaburzeń przewodu pokarmowego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 34). Często po operacyach żołądkowo-kiszkowych występuje uporczywa biegunka, mogąca wyniszczyć zupełnie chorego, a nawet sprowadzić zejście śmiertelne. Przyczynę jej stanowi silna utrata istot zasadowych, które wobec podrażnienia kiszek nie mogą swobodnie uledz wessaniu, lecz wydalają się ciągle z ustroju. Zapobiegać temu, zwłaszcza u chorych wyniszczonych, powinniśmy energicznie przez podawanie dużych dawek makowca, bizmutu, a zwłaszcza przez śródżylne wstrzykiwania zasad. *K.*

Roith: **O znaczeniu lewego zagięcia okrężnicy** (*flexura coli sinistra*). (*Beitr. z. klin. Chir.*, 54, 2). Badania stwierdzają, że zstępująca część okrężnicy jest przeważnie próżna. Kał zbity zatrzymuje się tutaj bardzo krótko, wobec czego wessanie w tej części jelita prawie się nie odbywa, za czem przemawia także bardzo szczupły rozwój naczyń limfatycznych, stwierdzony już u noworodków. Ta okoliczność w związku ze silnem umocowaniem lewego zagięcia okrężnicy i z warunkami ciśnienia w jamie brzusznej (ciśnienie hydrostatyczne) ma pewne znaczenie przy zakładaniu enteroanastomozy i odbytu sztucznego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Kaehler. **Trzy przypadki przedziurawienia durowego kiszek i zapalenia następowego otrzewnej, leczone chirurgicznie.** (*Deut. med. Wochs.* 1907 Nr 34). Przypadki, o których wspomina autor, dotyczyły wszystkie ludzi bardzo młodych. Przedziurawienie wystąpiło wśród nawrotu duru (w 3—6 tygodniu choroby). Przedziurawieniu nie zawsze towarzyszył ból. Mimo zajęcia otrzewnej nie zauważył autor napięcia mięśni brzusznych. Przedziurawienie występuje, rzecz dziwna, w przypadkach pozornie lekkich w przebiegu. Z operowanych trzech przypadków jeden wyzdrowiał. Wogóle osiągnięto dotąd 26—48 prc. wyleczeń, a to może dlatego, że z powodu trudności rozpoznania dopiero typowe zapalenie otrzewnej zmusza nas do operacyi. *K.*

Prof. Klapp i Dönitz. **Chirosoter.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907 Nr 34). Doświadczenie wykazało, że wszelkie sposoby odkażania skóry są niedostateczne, zwrócono się też do zupełnie odrębnej metody odkażania, a mianowicie do powlekania skóry powłoczką nieprzepuszczalną. Dla operatora wymyślono rękawiczki, dla skóry w miejscu operacyi gaudaninę, chirol itp. K. i D. starali się wynaleść sposób, któryby równocześnie dozwalał osłaniać tak rękę chirurga, jak i pole operacyjne i to nie przez tworzenie się powłoczki, lecz wprost przez impregnowanie skóry. Do tego celu K. i D. używają preparatu, nazwanego przez nich chirosoter, w skład którego wchodzi wosk rozpuszczony w czterochlorku węgla. Płyn ten rozpyla się na skórę pola ope-

racyjnego i na ręce chirurga po poprzedniem zwykłem odkażeniu skóry i osuszeniu z pomocą 96—99 prc. wyskoku. Przy codziennem używaniu chirosoteru ręka pozostaje stale wywoskowana, przyczem skóra nie traci nic na elastyczności, ani czuciu, a konserwuje się przytem bardzo dobrze, tak, że chirosoter jest zarazem idealnym kosmetykiem. Usunąć wosk można każdej chwili ze skóry z pomocą wacika, zmoczonego w eterze. *Klęsk.*

Meissner. **Odkażanie rąk zapomocą chirosoteru.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 54, Z. 3). Chirosoter nadaje się głównie po odkażeniu rąk spirytusem mydlanym. Używanie tegoż wypada bez porównania taniej, niż rękawiczek gumowych. Wstrzymuje on dostatecznie przedostawanie się drobnoustrojów na wierzch i w zupełności nadaje się do stosowania go przy nagłych operacyach i na wojnie. Wadą chirosoteru jest to, że czyni ręce oślizgłemi. *Klęsk.*

Langemak. **W sprawie leczenia thiosinaminą Dupuytrenowskiego przykurczenia powięzi.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 28). Thiosinaminę próbowano już stosować w leczeniu przykurczeń ręki, ale niestety leczenie było bardzo długie i żmudne, a do tego i bolesne tak, że niewielu chorych zgadza się na sumienne jego przeprowadzenie. By usunąć te wady leczenia, wstrzykuje L. w oszołomieniu eterowem 2 ccm. 10 prc. wodnego roztworu thiosinaminy podskórnie, przyczem rozciąga o ile się da przemocą przykurczenie. Potem przez kilka dni umieszcza codziennie rękę na godzinę w przyrządzie z gorącem powietrzem, poczem rękę energicznie miesi. W razie potrzeby dodaje w pewien czas drugie wstrzyknięcie. Mocz zawsze zbadać trzeba przedtem co do cukru, bo przy cukrzycy leczenie takie nie jest wskazane. Po ukończeniu leczenia powinien chory przez długi czas jeszcze brać ciepłe mydlane kąpiele i rękę sam przeginać w stronę zdrową. *Klęsk.*

Schanz. **Szkoła i boczne skrzywienie kręgosłupa.** (*Zts. f. orth. Chir.*, T. XVII). S. dochodzi do wniosku, że szkoła nie odgrywa w tak znacznym stopniu roli etyologicznej w skrzywieniach bocznych kręgosłupa, jak się to ogólnie, nawet między laikami, mniema. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hoffa. **Uruchomienie kostnych zesztywnień stawów.** (*Zeits. f. orth. Chir.*, T. XVII). Zestawiwszy wszystkie przypadki znane z piśmiennictwa i ich wyniki, przytacza H. cały szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do najrozmaitszych stawów i różnych sposobów postępowania. Leczenie zrostów łącznotkankowych daje zawsze dobre wyniki. Przy zrostach zaś kostnych radzi H. we wszystkich stawach z wyjątkiem stawu kolanowego przystępować do uruchomienia drogą krwawą z następowem wsuwaniem między powierzchnie stawowe płatów tłuszczowo-mięśniowych. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Reiner. **Wskazania do resekcyi przy gruźlicy stawu biodrowego.** (*Zeits. f. orthop. Chir.*, T. XVII). Wiadomo, że rokowanie w gruźlicy stawu biodrowego pogarsza się: a) z chwilą wystąpienia ropienia, b) z wiekiem; — stąd płyną wskazania do zabiegów doszczętnych. R. radzi resekować: 1) W każdej postaci gruźlicy, gdy wytworzy się ropień stawu i wystąpią gwałtowne objawy, nie ustępujące przy zwykłem leczeniu. 2) W postaciach wiotkich: a) u dzieci, gdy obrzęk ma skłonność do szybkiego rozpadu i ropienia i ogólny stan jest groźny, b) u starszych w każdym przypadku jak najwcześniej. 3) Przy zmianach ogniskowych: a) przy t. zw. zawałach klinowych, gdy inne ogniska są nieznaczne lub b) gdy ogniska szybko się szerzą. 4) Przy istniejącem lub grożącem przebiciu panewki. 5) Przy martwakach. 6) Gdy przetoki uległy zakażeniu mieszanemu lnb powstała nadżerka kości, o ile jednak stan ogólny chorego jest stosunkowo dobry. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Lorenz. **O końcowych wynikach i najprostszych zabiegach przy zapaleniu stawu biodrowego.** (*Zeits. f. orthop. Chir.*, T. XVII). Przeglądając 315 przypadków ze swej 20-letniej praktyki, leczonych zapomocą wyciągania i ustalenia i porównując ostateczne wyniki z wynikami przypadków wcale nieleczonych, dochodzi L. do przekonania, że te drugie są o wiele lepsze. Chorzy bowiem nieleczeni tylko przez krótki czas nie używają kończyny, wobec czego przy wytworzeniu się zrostu kostnego nie występuje zanik mięśni i kończyna pod względem siły i sprawności odpowiada prawie zupełnie swemu celowi. Konsekwentne i długie leczenie przyrządami, wyłączające wszelką czynność kończyny i skierowane przeciw wadliwemu ustawianiu się kończyny, jest nieodpowiednie, gdyż wywołuje zanik całego narządu ruchowego i zatrzymanie się wzrostu kończyny, a wadliwe ustawienie po skończonem leczeniu i odrzuceniu przyrządów wcześniej lub później wraca. W końcu postępowaniem tem, a zwłaszcza zabiegami, mającymi przywrócić ruchomość stawu, przeszkadza się wytworzeniu się zrostu kostnego, jako najpożądańszego wyniku. Cel, do którego obecne leczenie zmierza (t. j. przywrócenie ruchomości stawu) jest zupełnie chybiony, gdyż gruźlica pozostawia zawsze po sobie mniejsze lub większe spustoszenia w stawie i zgrubienia torebki, wywołując pewne przesunięcie się odpowiednich części wobec siebie, a co za tem idzie, nieprawidłowy przebieg mięśni. Zmieniony kierunek działania mięśni i zgrubienia okołostawowe, nadto niezwykła wrażliwość stawu na ruchy po wygaśnięciu całej sprawy, oto warunki, tłómaczące dostatecznie, dlaczego po latach leczenia kończyna bez przyrządów pomocniczych tylko w małym stopniu nadaje się do użytku. Bolesność przy zapaleniu stawu biodrowego występuje przy ruchach, a rzadko tylko przy ucisku i to na krótki czas, stąd zasada leczenia: »ustalać, a obciążać«. L. radzi więc zakładać opatrunek ustalający po kolano i polecać choremu chodzić, o ile tylko może; w okresie ostrym jedynie na czas pewien uwalnia kończynę od ucisku, wyjątkowo zaleca łóżko. Ropnie zimne leczy nakłuciem, nie używając żadnych wstrzykiwań. Po wygojeniu się całej sprawy i wytworzeniu się zrostu kostnego, przywraca L. prawidłowe ułożenie kończyny, stosując wyłącznie tylko osteotomię międzykrętarzową. Wszystkie inne w tym celu polecane zabiegi uważa albo za bezowocne, albo za szkodliwe. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Dambrin. **Uwagi o zwichnięciu chrząstek półksiężycowatych kolana.** (*Révue de Chir.*, 1907, zesz. 3—4). Zwichnięcia zupełne chrząstek półksiężycowatych kolana spotyka się rzadko, częściej natomiast nadwichnięcia i to dotyczące chrząstki półksiężycowatej wewnętrznej, która jest luźniej przyczepiona i cieńsza od zewnętrznej. Zmiany urazowe mogą występować tutaj jako: 1) rozluźnienia, wywołujące przesuwanie się chrząstek przy ruchach, 2) oderwania przednie, tylne lub boczne (torebkowe) i wreszcie jako 3) pęknięcia podłużne lub poprzeczne. Po gwałtownym skoku lub ruchu występuje dotkliwy ból, upośledzenie czynności, niekiedy ustawienie się kończyny w zgięciu, następnie zwolna występujący obrzęk (różnica od krwiaka śródstawowego), bolesność dotykowa w linii międzystawowej do przodu od więzadeł bocznych. Należy pamiętać, że przy oderwaniu się więzadeł, bolesność występuje przy ucisku na dolny przyczep więzadeł bocznych, wreszcie występuje ruchomość boczna w stawie kolanowym przy wyprostowaniu kończyny, podobnie jak przy przerwaniu więzadeł skrzydłowych (*lig. alaria*). Wyłączyć również należy pęknięcia kości okołostawowe. — W przypadkach przewlekłych występują od czasu do czasu nagłe zaburzenia w chodzeniu, ból, nadto można często stwierdzić ciało obce w stawie, zawsze na jednem miejscu. Do tych objawów dołącza się często obrzmienie i objawy lekkiego zapalenia (*meniscitis traumatica* — Roux). Leczenie w świeżych przypadkach polega na ustaleniu stawu przez 2 tygodnie, poczem stosuje się miesienie i ostrożne ruchy, przy odpowiednim opatrunku lub przyrządzie ograniczającym ruchy. W razie nieudałego odprowadzenia, przy nawrotach i w stanach przewlekłych wskazane jest wycięcie lub umocowanie chrząstek półksiężycowatych. Ze względu na łatwość, łagodność i wynik operacyi należy pierwszeństwo przyznać częściowemu lub całkowitemu wycięciu chrząstek. Przyszycie natomiast można stosować przy oderwaniach częściowych bocznych lub przednich i przy rozluźnieniach. W 122 przypadkach śmiertelność 0%, 8 razy lekkie zakażenie, ostateczny jednak wynik czynnościowy dobry. Badanie w dłuższy czas po zabiegu stwierdziło pod względem czynnościowym wyniki następujące: w 74 przypadkach czynność zupełnie prawidłowa, w 36 stosunkowo dobra, w 6 mierna (pewne osłabienie), w 1 zła (zesztywnienie stawu). König (Deuts. Zeits. f. Chir., T. 88, 4—6) omawia stare zmiany oderwanych chrząstek. W świeżych przypadkach radzi leczyć spokojem, miesieniem i ruchami, u starszych przystępować do zabiegu krwawego. Na 8 przypadków, tylko w jednym stwierdził zupełne wyleczenie, we wszystkich innych zaś pozostała pewna bolesność i znużenie przy dłuższem chodzeniu. Do podobnych wyników doszedł również Martina. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Hilgenreiner. **Badania doświadczalne nad wpływem przekrwienia biernego na gojenie się złamań kości.** (*Beitr. z. kl. Chir.*, 1907, T. 54, Z. 3). Liczne doświadczenia na psach dowiodły, że przekrwienie sposobem Biera ma stanowczy wpływ na tworzenie się kostniny, wymaga jednak indywidualizowania, stosownie do przypadku i zamierzanego skutku. I tak wskazane są: 1) celem pobudzenia odradzania się: lekkie zaciskania, posiedzenia długie z krótkiemi przerwami, — przy leniwem kostnieniu, stawach rzekomych, przy świeżem złamaniu, jeżeli nie ma obawy, że nadmierna kostnina wywoła pewne zaburzenia i prze-

dłuży leczenie końcowe; 2) celem pobudzenia wessania: zaciskania silne, krótko trwające, — dla usunięcia zaburzeń czynnościowych lub zapobieżenia im w następstwie nadmiernej kostniny, przy złamaniach w okolicy stawów i dla skrócenia czasu leczenia końcowego. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Jensen. **Złamania guzowatości kości piszczelowej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, t. 83, Z. 1). Guzowatość piszczeli posiada własne jądro kostne, a oderwanie jej zależy od rodzaju i stanu skostnienia, występuje zaś prawie wyłącznie u młodzieńców w wieku pokwitania. Silne mięśnie i urazy pośrednie stanowią bezpośrednią przyczynę złamań. Rzadko spotyka się oderwania zupełne, które połączone są z natychmiastową niezdolnością używania kończyny, znacznym bolem i rozległą wybroczyną. Przemieszczenie może być nieznaczne. Częściej, niż się ogólnie przyjmuje, zdarza się częściowe oderwanie guzowatości, zwłaszcza u grających w piłkę nożną. Oderwanie częściowe bywa najczęściej nierozpoznane lub mylnie brane za najrozmaitsze zmiany okołostawowe i wewnątrzstawowe, a zwłaszcza za zapalenie okostnej. Pochodzi to stąd, że objawy nie są wybitne, a działanie mięśnia czworogłowego mało upośledzone z powodu szczególnych stosunków anatomicznych w przyczepie ścięgien mięśni bocznych uda do przedniej strony piszczeli i więzadła rzepki. Przy leczeniu częściowych złamań wskazany jest spokój około 10 dni, poczem miesienie i ostrożne chodzenie, przy zupełnych oderwaniach z silnem przemieszczeniem nawet zabiegi krwawe. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Sudeck. **O zaniku mięśni; teorya odruchu i nieczynności.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 22). Zanik mięśni, występujący po obwodowych urazach, tłómaczą dwiema teoryami: odruchu i nieczynności. Jedni sądzą, że mięśnie zanikają wskutek nieczynności, n. p. jeżeli staw jest nieruchomy; inni natomiast dopatrują się jedynie odruchowych nerwowych zaburzeń odżywiania. S. jest zwolennikiem tej drugiej teoryi, a to z następujących powodów. Zanik nie stoi w żadnym związku z siłą urazu. Nawet po najlżejszych urazach występuje czasem zanik bardzo znaczny. Zanikowi mięśni towarzyszą często: zanik kości, zmiany naczynioruchowe skóry, pękanie paznokci, zwiększony porost włosów. Zanik mięśni po urazie nie rozpoczyna się powoli, ale zwykle ostro i nagle. Zanik z nieczynności powinien ustępować przy stosowaniu ćwiczeń, gimnastyki i miesienia, a właśnie zanik po urazach często przy tych zabiegach pogarsza się i postępuje. Zanik kości dowodzi także zaburzeń nerwowych, nie występuje on bowiem nigdy przy nieczynności (n. p. po założeniu opatrunku gipsowego lub przy porażeniach kurczowych). Przy histerycznych porażeniach nie spotykamy go też nigdy. Wszystkie te fakta są ważną wskazówką przy orzeczeniach sądowo-lekarskich. W leczeniu pamiętać też należy o tem, że miesienie i forsowne ruchy pogarszają jeszcze często zanik pourazowy mięśni. *Klęsk.*

Kümmell. **O doszczętnem wyłuszczeniu gruczołu krokowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, tom 82, zesz. 4). Omawiając wszystkie zabiegi, stosowane przy przeroście gruczołu krokowego, uważa K. na podstawie własnych licznych spostrzeżeń, z częściowych zabiegów za najodpowiedniejszy sposób Bottiniego. O ile jednak siły chorego pozwalają, a nerki są zdrowe, o ile nie ma objawów porażenia pęcherza, znacznego stwardnienia tętnic i zapalenia oskrzeli, powinno się zawsze usuwać cały sterczу, gdyż przez to usuwa się na stałe przeszkodę dla odpływu moczu i przyczynę wszystkich następowych schorzeń, a w razie raka sterczu (wcale nie rzadkiego) tylko wczesny zabieg doszczętny jest usprawiedliwiony. Przy powiększeniach sterczu ku tyłowi, jak również u osób otyłych, należy stosować cięcie od strony krocza. Częściej jednak będzie wchodzić w rachubę cięcie nadłonowe; jakkolwiek bowiem obydwa sposoby pod względem wyniku są równoznaczne, to jednak cięcie od strony przedniej jest technicznie łatwiejsze, czas leczenia po niem krótszy, niebezpieczeństwo przetok mniejsze. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Reitter. **Gruźlica nerek i zmniejszenie tętniczego ciśnienia krwi. Objaw różniczkowo-rozpoznawczy.** (*Zeitsch. f. klin. Med.*, T. LXII). W jednym przypadku choroby nerek, która później okazała się gruźlicą, zauważył R., że skurczowe ciśnienie krwi było przez cały czas bardzo nizkie. Spostrzeżenie to dało R. pochop do badania ciśnienia krwi w przypadkach, w których przypuszczano gruźlicę nerek, tem bardziej, że podobny spadek ciśnienia zauważyli inni autorowie także w gruźlicy płuc. I rzeczywiście było w dziesięciu przypadkach stwierdzonej gruźlicy nerek ciśnienie tętnicze bardzo zmniejszone, a tylko w jednym przypadku była inna sprawa chorobowa powodem zwiększenia się ciśnienia przy równocześnie istniejącej gruźlicy nerek. Badania kontrolne w przypadkach niegruźliczych zmian nerek stwierdzały zawsze brak zmniejszenia ciśnienia. R. jest zdania, że spadek ciśnienia tętniczego jest wskazówką, w których przypadkach chorób nerkowych powinniśmy pamiętać o gruźlicy nerek i szukać w moczu prątków gruźliczych. *B. Żmigród* (Rymanów).

Doc. Dr Suter. **O wartości próby indygokarminowej w rozpoznawaniu chirurgicznych chorób nerek na podstawie 37 operowanych przypadków.** (*Corrbl. für schw. Ärzte*, 1907, Nr 15). S. dochodzi do następujących wniosków: 1) Nerki zdrowe wydzielają indygokarmin w 8—12 godzin po wstrzyknięciu podskórnem. 2) W chirurgicznych chorobach nerek stosownie do anatomicznego stanu barwik albo wcale się nie wydziela, albo w ilości zmniejszonej lub później, niż zwykle. Zmniejszenie się zdolności wydzielania barwika idzie poniekąd równolegle z rozległością zmian nerki. 3) Wartości próby indygokarminowej dowodzi 35 przypadków wycięcia nerki, z których żaden nie skończył się śmiercią, a w których mocz z każdej nerki z osobna po zadaniu indygokarminu badano zapomocą rozdzielacza Luysa. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Seyberth. **W sprawie nowotworów pęcherza u robotników w fabrykach aniliny.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 34). Zatrucie aniliną występuje ostro (sinica, zawroty głowy, duszność, utrata przytomności) lub też przewlekle (lekka sinica, mocz ciemny, a potem i krwiomocz). Nowotwory pęcherza rozwijają się u robotników, pozornie na działanie aniliny odpornych. Obraz chorobowy przypomina żywo cierpienie pęcherza na tle motylicy. Nowotwory sadowią się w tych przypadkach z reguły w dnie pęcherza koło ujścia moczowodów. Autor spostrzegał 5 przypadków takich nowotworów, z tych 3 brodawczaki, a 2 złośliwe raki. Objawy były we wszystkich przypadkach podobne. Nowotwory usunął Dr Schwerin przez cięcie nadłonowe. Jeden z chorych, u którego stwierdzono raka, umarł w pewien czas na nawrót choroby. *Klęsk.*

Markus. **Jałowy kateteryzator.** (*Münch. med. Wochs.*, 1907, Nr 26). Aparacik, podany przez autora, składa się z małej puszki, w której środku tkwi miękki kateter. Puszkę tę nosi chory w kieszeni kamizelki, wygotowawszy ją poprzednio. W razie potrzeby wyjmuje i z pomocą elastycznych łapek wysuwa cewnik wprost z puszki do cewki, nie dotykając się wcale cewnika palcami. *Klęsk.*

Bogdanik. **Przyczynek do podskórnych pęknięć cewki moczowej.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 38). Po skreśleniu najważniejszych sposobów powstawania pęknięć cewki moczowej i objawów jego opisuje B. sposób postępowania w swoich 4 ciekawych przypadkach. Dążeniem naszem powinno być wprowadzenie miękkiego cewnika. O ile jednak przypuszczamy pęknięcie zupełne, cewnikowanie jest bardzo trudne, chory krwawi ciągle, lub krwiak na kroczu rośnie, należy zaraz przystąpić do zewnętrznego rozcięcia cewki. Wyszukanie dośrodkowego końca cewki jest nieraz, zwłaszcza w zadawnionych przypadkach, bardzo trudne, podobnie wprowadzenie cewnika. B. postępuje przytem w ten sposób, że wprowadza cewnik od rany na kroczu, koniec do pęcherza, a nasadę wyciąga od rany przez prącie od tyłu zapomocą włosowatej świeczki, wprowadzonej do cewki przez ujście zewnętrzne. Przetoki moczowe w wypadkach nie leczonych tworzyć się mogą w różnych miejscach. B spostrzegał jedną w okolicy lewego pośladka. Ideałem leczenia pęknięć cewki powinien być szew lub choćby zbliżenie obu rozerwanych końców. *Klęsk.*

Feigl. **Nowy sposób leczenia dymienic.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 37). Sposób, stosowany przez autora, ma na celu uwolnienie chorego od długiego leżenia w łóżku, pozostawienie po sobie małej blizny i skrócenie czasu leczenia. Polega on na tem, że przy największem nawet zajęciu gruczołów pachwinowych robi się cięcie 8—10 mm. długie ponad najwięcej zropiałym gruczołem, małą łyżeczką rozluźnia się zropiałe masy, poczem wypłukuje 2 prc. lyzolem, a jamę tamponuje się paskiem gazy umaczanym w rozczynie lyzolformaliny o składzie: *Lysol* (2%) *50,0*, *Formalin* (*40%*), *6—10 kropli*. Następnie kładzie się na ranę suchą gazę, a potem okład kwaśny. Cały zabieg trwa 2—3 minut, wykonuje się w zamrożeniu. Z początku opatrunek zmienia się codzień, w drugim tygodniu co drugi, w danym razie w trzecim, co trzeci. Poprawa jest bardzo szybko widoczną; gruczoły rychło maleją, zaczerwieniona skóra przybiera barwę naturalną. W ten sposób leczył F. 6 przypadków, z których 4 były

bardzo ciężkie. Podobnie stosował lyzolformalinę z dobrym skutkiem przy wrzodziankach i ropowicach. *Klęsk.*

Dermatologia.

Świątkiewicz. **Leczenie tocznia eugallolem.** (*Tygodnik lek.* 1906, Nr 42. *Allg. med. Ztrl. Ztg.* 1907, Nr 27). Na podstawie przypadków tocznia, leczonych eugalloiem w klinice dermatologicznej lwowskiej, stwierdza S., co następuje: 1) Słabe rozczyny eugallolu nia mają żadnego działania, mocniejsze (20 do 30 prc.) działają na miejsca zmienione żrąco, ale zbyt powierzchownie, jeszcze mocniejsze (66 prc.) wywołują silny odczyn, który jednak pod wpływem płynu Burowa szybko ustępuje, nie sprawiając choremu znaczniejszych dolegliwości. Niewielkie podrażnienie sąsiedniej zdrowej skóry nie ma znaczenia. 2) Eugallol działa dostatecznie silnie na to, aby zniszczyć nawet głębokie nacieki (*scrofuloderma*). 3) Działanie jest dobre także pod względem kosmetycznym, bo zdrowa skóra nie ulega większym zmianom. 4) Zaletą środka jest działanie bezbolesne; jeżeli nawet ból się zjawi, to trwa bardzo krótko. 5) Leczenie nie trwa przy eugallolu nadmiernie długo, a w każdym razie nie dłużej, niż przy użyciu innych środków i sposobów. 6) Eugallolu można użyć także w przypadkach tocznia błony śluzowej nosa i warg. 7) Lek ten nie wywołuje żadnych powikłań, nie drażni nerek i t. p. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Winkler. **O trującem działaniu chryzarobiny na nerki i jej wydzielaniu.** (*Corr. Bl. für schw. Ärzte* 1907, Nr 18). Dla lekarza-praktyka ważną jest rzeczą, czy przy zwykłem leczeniu chryzarobiną, jakie stosuje się np. przy łuszczycy, zagraża niebezpieczeństwo zapalenia nerek. Na podstawie swych badań dochodzi W. do wniosku, że przy takiem zwykłem leczeniu chryzarobiną nie należy obawiać się podrażnienia nerek. Nawet przy ciężkiem zapaleniu skóry, wywołanem przez chryzarobinę, wessanie tego środka jest tak nieznaczne, że tylko bardzo rzadko zdarzyć się może białkomocz. Niemniej nie należy nigdy zaniedbywać starannego badania moczu co do białka zarówno przed, jak i podczas leczenia chryzarobiną.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Herzheimer. **Przyczynek do leczenia trądzika zwykłego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1967, Nr 37). Przyczyna trądzika zwykłego (*acne vulgaris*) nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. Spotykane w guzkach drobnoustroje (gronkowiec złoty, biały, prątek okrężnicy i t. d.) odgrywają, zdaje się, drugorzędną rolę. Pewne chemiczne środki wywołują bezwątpienia trądzik, jak np. jod, brom, zażywane wewnętrznie, a smołowiec, parafina i inne tłuszcze, działające od zewnątrz. Znaną też jest postać trądzika, występująca głównie na twarzy, czole, skroniach i nosie przy zaparciu stolca. Występuje ona głównie u ludzi starszych. Trądzik występuje też często u osób młodych niedokrwistych lub u osobników, cierpiących na łojotok. Wynika z tego, że w leczeniu trądzika prócz leczenia miejscowego powinniśmy też mieć stan ogólny na uwadze. Spożywanie tłuszczów nie ma żadnego wpływu na to cierpienie, jak się mylnie powszechnie sądzi. Co do leczenia, to dobre wyniki dają często drożdże, ale świeże, a nie ich przetwory, jak cerolina, levuretina lub zymina. Leczenie miejscowe jest dość żmudne i wymaga ze strony chorego cierpliwości. Najlepszym środkiem jest siarka, którą dodaje się do pasty cynkowej w ilości 1—30 prc. jako maść na noc i to w zimie stosowana. W lecie poleca autor mazidło, składające się z 15 części strąconej siarki, 45 części wody wapiennej i 10 części wody migdałów gorzkich. Dobrym też środkiem leczniczym jest rezorcyna; zapisywać ją należy w małych ilościach z proszkiem łojku, a nie pudrem zwykłym, bo plami skórę. Autor zapisuje zwykle: *resorcin. albissim. 10,0, zinc. oxyd. 10,0, talc. venet. 10,0, paraffin. liquid. 20,0.* Ewentualnie stosować też można nadboran sodowy. Dobre wyniki osiąga się też przy stosowaniu gorącej pary. W wypadkach lżejszych próbować można tymolrezorcyny, spirytusu salicylowego, okładów z octanu glinowego lub mydeł, n. p. salicylowo-rezorcynowo-siarkowego i t. p. *Klęsk.*

Tausig. **Hamujące działanie preparatów estonu na wydzielanie i wpływ tegoż na potnienie nóg.** (*Oesterreich. Ärzte-Zeitung* Nr 12). Pocenie się nóg jest cierpieniem bardzo zgubnie oddziaływającem na zdolność do marszu u żołnierzy. Polecano przeciw niemu dużo środków, jak puder salicylowy, 2—10 prc. rozczyn kwasu chromowego, formalinę i t. p. Rozczyn kwasu chromowego działa dobrze, lecz stwierdzano przytem podrażnienia nerek i wypryski, a samo stosowanie często jest bolesne. Podobnie formalina w rozczynie działa dość dobrze, ale transport jej na wojnie jest trudny, a pędzlowanie wywołuje między palcami często silne pieczenie. Autor próbował preparatu octanu glinowego, puszczonego w handel pod nazwą eston, jakoteż połączenia tegoż z kwasem mrówkowym, t. zw. formestonu. Eston jest białym proszkiem, działa pewnie, lecz łagodnie i nie wywołuje bolu. Stosował go autor w postaci pudru, dalej 20—50% maści itp. Wynik leczniczy był zawsze i wszędzie bardzo pomyślny. Wydzielanie potu ustępowało, odór nóg znikał, owrzodzenia i szczeliny goiły się. Prócz pocenia się nóg, stosował T. eston także przy innych cierpieniach skóry z dobrym wynikiem, jak przy wrzodzie miękkim, wrzodach goleni, przewlekłych wypryskach i t. p. Transport na manewrach i wojnie bardzo wygodny, bo w postaci proszku, maści lub kremu w tutkach blaszanych z lanoliną. *Klęsk.*

Lams. **Znaczenie eozynofilii.** (*Revue de médecine* 1907, Nr 5—6). Z punktu widzenia dyagnostyki dermatologicznej eozynofilia niema żadnego znaczenia, gdyż często jej brak — bardzo często bywa liczba krwinek eozynochłonnych prawidłowa, a prawie we wszystkich chorobach skórnych można napotkać zwiększenie liczby eozynofilów. Natomiast w chorobach zakaźnych krwinki eozynochłonne znikają w okresie ostrego zakażenia, pojawienie się ich ponowne każe dobrze rokować, gdyż oznacza wyzdrawianie. — Pojawianie się większej ilości eozynochłonnych ciałek w przebiegu różnych chorób (płonica, dur, gorączka połogowa, tasiemiec, glistnice, tęgoryjec, torbiel wodzinkowa, choroby skóry) jest wyrazem stanu wprawdzie chorobowego, lecz niezbyt ciężkiego i niegroźnego; przeciwnie mała ich liczba lub brak, t. j. hypeozynofilia i aneozynofilia każą nieraz źle rokować (mocznica, rzucawka porodowa). *Dr Blassberg.*

Okulistyka.

Tooke. **Przypadek „keratitis e lagophthalmo", badany anatomo-patologicznie.** (*Ophthalmology* vol. III, 1907, Nr 4). U osobnika, który zmarł na nowotwór móżdżku, miał autor sposobność spostrzegać wybitną *keratitis e lagophthalmo.* W kilka godzin po śmierci wyłuszczone gałki oczne poddał badaniu anatomicznemu. Na podstawie porównania swych wyników z opisanymi pod względem anatomicznym przypadkami *keratitis neuroparalytica* skłania się autor do zapatrywania tych, którzy uważają te dwie postacie jako odrębne jednostki chorobowe. Mimo różnic w etyologii odznaczają się tą wspólną własnością, że pierwszym ich objawem jest wysychanie nabłonka rogówkowego. Omawiając szczegóły anatomiczne przy *keratitis e lagophthalmo* podkreśla autor bujanie i podział karyokinetyczny komórek warstwy właściwej rogówki i brak w głębszych warstwach drobnoustrojów. *K. W. Majewski.*

J. Charles. **Keratitis dendritica.** (*Ophthalmology* 1907, Nr 4). Istnieją dwie postacie drzewkowate zapalenia rogówki. Jedna pochodzi z pęcherzyków, które pękając tworzą drobne ubytki, zlewające się ze sobą dendrytycznie. Jest to najczęściej *herpes corneae*, który występuje zwykle w przebiegu różnych zakaźnych chorób gorączkowych. Drupa postać przychodzi do skutku przez rozpad drobnych guzków na powierzchni rogówki. Wedle doświadczenia autora to guzkowe zapalenie rogówki występuje wyłącznie prawie w przebiegu zimnicy. Przypuszcza on, że wskutek działania toksyn przychodzi do zwyrodnienia zakończeń nerwowych, co prowadzi do odczynu zapalnego ze strony tkanki, otaczającej te zakończenia. Możebną jest także, zdaniem jego, rzeczywista *neuritis* drobnych rozgałęzień nerwowych, która prowadzi do zmian odżywczych i do zatkania kanalików i przestworów chłonnych, upośledza odżywienie i prowadzi w pewnych miejscach do powierzchownego rozpadu tkanki rogówkowej. *K. W. Majewski.*

Lagleyze. **Oko bielców.** (*Archives d'Ophtalmologie* 1907, Nr 6). Na szczególną uwagę zasługuje zapatrywanie autora odnośnie do etyologii *albinismus*, że wada ta występuje często u potomków rodziców o blizkim stopniu pokrewieństwa. Wykazuje mianowicie, że w niektórych okolicach, gdzie z jakichkolwiek przyczyn małżeństwa między krewnymi częściej się zdarzają, bielactwo wogóle, a w szczególności *albinismus oculorum* częściej się spotyka. W rozdziale o rokowaniu przytacza następujące przypadki, gdzie w oczach, od urodzenia pozbawionych barwika, wyjątkowo pojawiał się tenże w latach późniejszych. Wypadki takie są jednak niezmiernie rzadkie.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 17. września 1907.

Kopczyński St. przedstawił przypadek **nowotworu mostu Warola.** Chory F. M., lat 30, lokaj, przybył do szpitala ze skargami na kaszel, drętwienie w prawej połowie ciała i dwojenie się w oczach. W wywiadach przed 9 laty — przymiot, dość gruntownie leczony. Badanie przedmiotowe wówczas wykazało: zmiany rozpadowe w prawem płucu i osłabienie pobudliwości na dotyk i ból na prawej połowie klatki piersiowej. W ciągu następnych pięciu miesięcy stopniowo występowały objawy ze strony nerwów czaszkowych i obecnie obraz chorobowy przedstawia się w następujący sposób: T = 72, ciepłota od czasu do czasu podniesiona, chory nie ma nudności, wymiotów, bolów głowy, czyli objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrz czaszki. Siła ruchowa osłabiona w prawych kończynach, odruchy ścięgniste w nich wzmożone. Objaw Babińskiego obustronny, wyraźniejszy po stronie prawej. Zniesienie pobudliwości na wszystkie rodzaje czucia na całej prawej połowie ciała. Bezład i zupełne zniesienie zmysłu mięśniowego w prawych kończynach. Ze strony nerwów czaszkowych: na lewem oku keratitis neuroparalytica, na prawem zwężenie źrenicy przy zupełnym braku oddziaływania (myosis spastica). Ruchy gałek ocznych, jedynie ku górze i ku dołowi. Zez zbieżny. Porażenie zupełne obu nerwów odwodzących. Szczękościsk, co wobec zaburzeń czucia na twarzy świadczy o uszkodzeniu obu nerwów trójdzielnych. Zupełne porażenie obu nerwów twarzowych — twarz maska. Zniesienie niemal zupełne słuchu po stronie lewej. Niedowład łuku podniebiennego lewego, nieruchomość i zupełne znieczulenie nagłośni. Chory wysuwa język z trudnością.

Prelegent umiejscowia cierpienie w tylnośrodkowej części mostu Warola w górnem piętrze z przewagą po stronie lewej. Zajmuje ono lewą pętlę (drogi czuciowe dla prawej połowy ciała), oba jądra nerwów V, VI, VII i lewy nerw VIII, jego drogę centralną, jak również drogi centralne do nerwów IX, X, XI po stronie lewej.

3) Kopczyński St. przedstawił przypadek **akromegalii.**

4) Rzętkowski K. odczytał rzecz **O odczynie ocznym Calmettea u suchotników,** w której omówił wogóle sprawę stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, podał wiadomości o metodzie naskórnego szczepienia tuberkuliny v. Pirqueta, oraz o metodzie Calmettea, którą na zasadzie badań, podjętych w swym oddziale szpitalnym, uważa za pożyteczną i zasługującą na szersze rozpowszechnienie.

W dyskusyi podaje Zembrzuski St., że stosował szczepienie tuberkuliny sposobem Pirqueta u 200 dzieci: 150 niemowląt do roku i 50 od roku do 7 lat. U żadnego z niemowląt nie było miejscowego odczynu, ze starszych — połowa nie oddziaływała. Wszystkie te dzieci miały objawy zołzów. Dzieci nawet z niewątpliwą gruźlicą — nie oddziaływały. — Sokołowski, opierając się na kilku odpowiednich publikacyach, obawia się, czy rozpoznawczy zabieg sposobem Calmettea nie może czasem wywołać poważniejszych, a niepożądanych następstw; uważa także za konieczne, aby metodę tę skontrolowali okuliści. — Łuczycki przytacza 4 przypadki Wagnera, w których po zastosowaniu tuberkuliny miały wystąpić objawy choroby umysłowej (w jednym przypadku bezmysł z omamami (*amentia hallucinatoria*). — Karwacki zaś odwrotnie przytacza badania Lepina na obłąkanych, gdzie ani razu szkodliwych następstw nie spostrzegano (14 przypadków). — Landau Anastazy nie sądzi, aby wpuszczenie jednej kropli 1 prc. roztworu tuberkuliny mogło przynieść szkodę choremu, przynajmniej odpowiednie badania na oddziale dra Dunina nic takiego nie stwierdziły. — Wreszcie w odpowiedzi Sokołowskiemu zaznacza Rzętkowski, że obawy co do szkodliwości wkraplania tuberkuliny do worka spojówkowego są zupełnie płonne. Zarówno wszyscy autorowie, którzy metodę Calmettea stosowali, jak i Rz., nie zauważyli żadnych poważniejszych następstw dla oka. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 24. września 1907.

1) Kozerski przedstawił przypadek **lupus erythematodes** nosa i okolic licowych, **wyleczony zapomocą promieni radu.** Naświetlano wielokrotnie wszystkie zajęte miejsca w odstępach kilkotygodniowych.

2) Janowski Wł. wygłosił rzecz: **Ciśnienie krwi i prawdziwa wielkość, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych.** (Rzecz ta drukuje się właśnie w »Przeglądzie lekarskim«). Na zasadzie szczegółowego rozpatrzenia materyału, zdobytego przez systematyczne badania 364 chorych, dochodzi J. do wniosku, że dotychczasowe sposoby badania i określania ciśnienia krwi nie dają dostatecznych danych dla oryentowania się w sprawności serca w poszczególnych stanach chorobowych.

Jaworski podnosi, że prelegent przy badaniach swych nie uwzględnił wszystkich stanów chorobowych, jakie na wahania w ciśnieniu krwi wpływają. Do stanów tych należą między innemi i okresy przełomowe w życiu kobiety: okresy dojrzewania i przekwitu płciowego. Szczególnie właśnie okres przekwitu wyciska swe piętno na układzie krwionośnym. *J. L.*

W sprawie ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

Prof. Dr Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

Zarządzenia przy pojawieniu się chorób zakaźnych w granicach państwa (stosowane obecnie z zasady zaraz po stwierdzeniu pierwszego przypadku bez wyczekiwania na rzeczywistą »epidemię«) dotyczą: *a)* obowiązku donoszenia o tych chorobach, *b)* odosobnienia chorych.

a) Prawną podstawę w całem państwie ma tylko obowiązek donoszenia o przypadkach moru, ospy i cholery. Co do innych chorób zakaźnych istnieją w różnych krajach koronnych różne rozporządzenia politycznej władzy tych krajów, wszelako w ostatnich czasach podano w wątpliwość moc prawną takich rozporządzeń, o ile nie opierają się one na rzeczywistej ustawie, któraby przynajmniej w zasadzie zobowiązywała obywateli państwa do donoszenia o zachorowaniach na choroby zakaźne. Ministerstwo żąda przeto od Najw. Rady zdrowia orzeczenia, co do których chorób zakaźnych należałoby w ustawie nałożyć obowiązek donoszenia, istniejące bowiem obecnie rozporządzenia różnią się między sobą pod tym względem. Obowiązek donoszenia ciąży według § 4 a) państwowej ustawy sanitarnej na gminach, te jednak mogą o zachorowaniach zakaźnych dowiedzieć się tylko od lekarzy, od rodziny chorego, od duchownych, w szkołach od nauczycieli i t. d. i istniejące obecnie przepisy przenoszą istotnie ten obowiązek na wymienione osoby. Należy przeto określić, czy w przyszłej ustawie epidemicznej ma się obowiązek donoszenia rozciągać na te wszystkie osoby, czy może jeszcze na inne, i w jakim stopniu, dalej, czy doniesienia zawsze mają się odbywać za pośrednictwem gmin, ponieważ obecnie wiele zarządów gminnych, nie rozumiejąc doniosłości sprawy, doniesienia takie przetrzymuje lub z zarządzeniem stosownych środków zwleka, dopóki nie wkroczy władza polityczna. Wreszcie należałoby określić obowiązkowy termin doniesień.

b) Odosobnienie chorych zakaźnych, aczkolwiek w rzeczywistości obecnie zarządzane i dokonywane, nie polega jednak na wyraźnym przepisie ustawowym. Ponieważ zaś takie odosobnienie jest ograniczeniem wolności osobistej, przeto ustawa epidemiczna musi zawierać wyraźne postanowienia, także i na ten wypadek, gdyby odosobnienie trzeba było przeprowadzić przymusowo. Odosabniać chorych zakaźnych można albo w szpitalu epidemicznym, albo w ich własnych mieszkaniach. W pierwszym przypadku musiałby być na gminy nałożony obowiązek utrzymywania szpitali epidemicznych, jako odrębnych budynków, dziś bowiem są gminy obowiązane tylko do utrzymywania lub dostarczenia odpowiedniego lokalu, co w praktyce często oznacza jedną, nieodpowiadającą celowi izbę w jakimś budynku gminnym, gdzie o rzeczywistem odosobnieniu i mowy być nie może. Odosobnienie chorych w ich własnych mieszkaniach natrafia w większych miastach na wielkie trudności. Usuwanie z mieszkań zakażonych tych mieszkańców, którzy pozostali jeszcze zdrowi, zagraża niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy; przy użyciu więc tego sposobu odosobnienia potrzeba przez odpowiednie przepisy ustawy niebezpieczeństwo to uchylić, a w pewnych przypadkach (znaczne rozszerzenie się cholery, moru) konieczne są osobne domy izolacyjne. Istniejący gdzieniegdzie zakaz przewożenia chorych zakaźnych z jednego domu do drugiego i z jednej gminy do drugiej bez pozwolenia władzy politycznej, nie ma również dotąd podstawy w wyraźnem postanowieniu ustawowem. Przewożenie chorych zakaźnych koleją podlega obecnie rozporządzeniom ministeryalnym (§ 20. 1. al. rozp. min. handlu z 10. XII. 1892 Dpp. Nr. 207 i rozp. min. kolej. z 24. IX. 1901 Dpp. Nr. 143). Odosobnienie chorych zakaźnych w ich mieszkaniach wymaga

znowu pewnych osobnych zarządzeń, jeżeli to mieszkanie z powodu wykonywanych w niem rzemiosł lub zajęć odwiedzać muszą obce osoby. Zazwyczaj władze sanitarne zakazują wykonywania rzemiosła i t. d. (np. kramy, gospody), dopóki chory przebywa w tem mieszkaniu i dopóki nie dokonano odkażenia. Dawniejszy przepis, aby na domach, nawiedzonych ospą, umieszczać napisy ostrzegające, co za granicą stosuje się przy wielu chorobach zakaźnych, został w Austryi w pewnym przypadku zniesiony przez ministerstwo. Najw. Rada zdrowia powinna orzec, w jakim zakresie ma ustawa epidemiczna uprawniać władze polityczne do podobnych zarządzeń, przyczem rozważyć należy sprawę odszkodowania stron.

Powinna też być rozpatrzona dokładnie sprawa kontroli sanitarnej nad osobami, wyjeżdżającemi z gniazd zarazy do innych miejscowości państwa i w ten sposób rozwłóczących zarazę (jak to np. często się zdarza co do krztuśca). Niemniej powinna przyszła ustawa określić, w jakich warunkach mogą być ze względu na epidemię zakazywane pielgrzymki, odpusty, jarmarki i t. p. zgromadzenia, jakoteż zamykane szkoły, ponieważ takie zarządzenia ograniczają niekiedy swobodę bardzo szerokich kół ludności. Należy również zwrócić uwagę na wędrownych kramarzy, domokrążców i t. d. Wszelkie jednak zarządzenia w tym zakresie, t. j. co do ruchu ludności, mogą być skuteczne tylko wtedy, jeżeli uregulowane będą sprawy meldunkowe, które dziś nawet w miastach wiele pozostawiają do życzenia, a po wsiach prawie wszędzie zupełnie leżą odłogiem. Referent ministerstwa uważa za rzecz konieczną uprawnienie władz do tego, aby mogły konieczne środki stosować w razie potrzeby nawet przymusowo.

Bardzo skutecznem okazało się w Austryi stosowanie w razie wybuchu epidemii środków zaradczych w szerszym zakresie pod rygorem § 393 ustawy karnej, przyczem ustanawia się odrębnych lekarzy, płatnych przez rząd. (To t. zw. »Epidemieverfahren« uważa referent ministerstwa za urządzenie wyłącznie austryackie, choć było ono stosowane i w innych państwach). To powoływanie do zwalczania epidemii osobnych lekarzy zalecałoby się i nadal, po wprowadzeniu ustawy o chorobach zakaźnych, gdyż gminna służba zdrowia mało gdzie jest tak zorganizowana, aby jej samej można pozostawić całą akcyę zwalczania chorób nagminnych.

W rozporządzeniu wykonawczem do ustawy zaleca referent ministerstwa pomieścić przepisy, zapewniające stwierdzenie przyrody i ustalenie rozpoznania danej choroby zakaźnej.

N i s z c z e n i e z a r a z k ó w mają na celu przepisy o odkażaniu z r. 1887 wraz z późniejszemi dopełnieniami, wogóle dostatecznie ścisłe, ale nie dość ściśle przestrzegane; należałoby je z małemi zmianami wcielić do ustawy. Im więcej dbać się będzie o odkażenie bielizny, pościeli i t. p. już w pokoju chorego, o odkażenie osób, z chorym się stykających, tem bardziej zmniejszy się niebezpieczeństwo rozwleczenia zarazy, choćby zastosowanie środków zapobiegawczych poza pokojem chorego pozostawiało nieco do życzenia. Wielkiem niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy zagrażają odpadki, nieużyteczne w domu, np. gałgany. Zakaz zbierania gałganów w zakażonych gminach nie wystarcza wobec tego, że zarazki nieraz długo nie tracą swej jadowitości; prawdziwie skutecznym środkiem może być tylko niszczenie takich przedmiotów lub zupełne ich odkażenie już w mieszkaniu chorego. Jednakże obecnie wykonywane to bywa niedostatecznie nawet w większych miastach, gdzie istnieją wprawdzie przyrządy odkażające, ale są nieumiejętnie i szablonowo używane. To też, zdaniem referenta ministerstwa, w obecnych warunkach należy żądać, aby odkażanie odbywało się bezwarunkowo pod osobistym nadzorem lekarza urzędowego. Wreszcie powinny być do ustawy wcielone przepisy o postępowaniu ze zwłokami osób, zmarłych na choroby zakaźne, aby w razie potrzeby można było i w tych przypadkach zastosować przymus.

K o s z t a z a r z ą d z e ń z p o w o d u e p i d e m i i ponosi obecnie skarb państwa. Dotyczy to mianowicie kosztów komisyi urzędowych, wysyłanych dla zbadania sprawy, oraz kosztów zarządzeń ochronnych na granicach państwa. Dawniej koszta tych zarządzeń ochronnych pokrywać musiały gminy nadgraniczne. Również pokrywa skarb koszta lekarzy epidemicznych, a prawie wszędzie także i koszta leków, rozdawanych w czasie epidemii chorym ubogim. Ustawa powinna jasno określić, w jakich przypadkach ma nadal koszta epidemiczne pokrywać skarb państwa, a w jakich gminy, a to co do kosztów: *a)* sprawdzania epidemii, *b)* zarządzeń ochronnych, *c)* leków dla ubogich i t. d., *d)* odszkodowania osób prywatnych za utratę zarobku, ograniczenie swobody podróżowania, zniszczone przy odkażaniu przedmioty i t. p. Dalej żąda referent ministerstwa, by Najw. Rada zdrowia określiła, które czyny i zaniedbania i w jakim stopniu należy ze stanowiska ustawy epidemicznej uznać za k a r y g o d n e.

Choroby, których dotyczy ustawa, powinny być w niej albo poszczególnie wymienione, albo przynajmniej ogólnie nacechowane jasnem określeniem (zaraźliwe, przenośne), przyczem rozważyć należy, czy ustawa ma się odnosić, jak dotychczasowe przepisy, tylko do chorób zakaźnych ostrych, czy też i do niektórych przewlekłych. Ogólnikowe określenie (»gemeingefährlich«), użyte w ustawie niemieckiej nie zaleca się. Rozmaite choroby zakaźne wymagają odmiennych zarządzeń; odnosi się to zwłaszcza do środków ochronnych, co do których ustawa musi zawierać jasne postanowienia. Przedewszystkiem chodzi tu o p r z y m u s s z c z e p i e n i a przeciw ospie, obecnie w Austryi istniejący tylko pośrednio. Ustawa powinna uwzględnić także i leczenie (w danym razie przymusowe) pewnych chorób pewnemi metodami (błonica, wodowstręt). Oprócz tych chorób, których zwalczanie zapomocą osobnych zarządzeń uważano dotąd za potrzebne (błonica, krztusiec, dur, cholera, mór), należy uwzględnić cały szereg innych, przeciw którym dotąd nie było w Austryi zarządzeń sanitarnych (np. gruźlica, zimnica). (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdania Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej ustaną od Nowego Roku 1908 wychodzić jako osobne wydawnictwo, a będą ogłaszane w »Głosie lekarzy«, któremu Izba udzieli na ten cel 500 koron rocznie. Lekarze, należący do okręgu tej Izby, a nie prenumerujący »Głosu lek.«, otrzymywać będą sprawozdania osobno przez administracyę tego pisma. *R.*

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy. Wydział Towarzystwa, wybrany na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, odbył 4 posiedzenia, a mianowicie 28. VI., 5. VIII., 30. IX. i 11. X. b. r. Na posiedzeniach tych załatwiono m. i. sprawy następujące: kierownictwo »Oddziału należytości« poruczono nadal drowi J a u g u s t y n o w i, sprawy »Kasy pogrzebowej« objął dr M u r c z y ń s k i, a »Biuro pośrednictwa i antykwaryat« dr S o k o ł o w s k i; administracyą znaczków receptowych kieruje nadal dr Ż y d ł o w i c z; zastępcą skarbnika obrano dra W e i n s b e r g a. Uchwalono przyłączyć się do akcyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sprawie szpitalnictwa. Przyjęto rezygnacyę prof. N o w a k a ze stanowiska prezesa, uchwalając ponowny wybór zarządzić po nadejściu odpowiedzi z Ministerstwa co do uchwalonego na ostatniem Walnem Zgromadzeniu nowego statutu. Przyjęto do wiadomości, że Miejska Kasa chorych nadesłała przez dra S t a h r a zamiast wieńca na trumnę ś. p. Langiego 50 K., dr P e l c z a r nieprzyjęte honoraryum 100 K., grono lekarzy szpitala św. Łazarza przez dra O w s i ń s k i e g o 30 Kor., p. Władysław P o p i e l 341 Kor. jako odsetkę od biletów kąpielowych, sprzedanych w ostatnim sezonie w Lubieniu. Ofiarodawcom uchwalono wyrazić podziękowanie. Wreszcie postanowiono zająć się sprawą niewłaściwego postępowania pewnej gminy galicyjskiej wobec lekarza gminnego. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 31. VIII.	33,448	31,900
W miesiącu wrześniu 1907 sprzedano . .	3,000	300
razem .	351,213	145,150

Dr Żydłowicz, administrator.

Państwowy Związek organiz. lek. austr. podaje do wiadomości: 1) że organizacya lekarzy w Dalmacyi ukonstytuowała się 25. VIII., wybierając przewodniczącym dra Mazzi; 2) że przewodniczącym organizacyi w Salzburgu wybrany został dr Angelberger; 3) że w Tryeście rozpoczęła się organizacya, do której przystąpiło 100 lekarzy z ogólnej liczby 175. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Emerytura lekarzy gminnych dolno-austryackich. Sejm dolno-austryacki wyznaczył już w r. 1902 po 10.000 K. rocznie na zaopatrzenie wdów po lekarzach gminnych, a w roku 1904 drugie tyle na emerytury (1200 K.) dla lekarzy, którzy przekroczyli 60 r. ż. i są niezdolni do pracy, polecając zarazem Wydziałowi krajowemu opracować całkowitą ustawę emerytalną. Ta ustawa, obecnie właśnie przez Sejm dolno-austr. uchwalona, ustanawia służbę 30-letnią, która daje prawo do pełnej emery-

tury 1500 K. Praw do emerytury nabywa lekarz po 10 latach służby w Dolnej Austryi (prócz Wiednia) i wtedy, jeżeli stanie się niezdolnym do pracy, otrzymuje 40 prc. pełnej emerytury; każdy dalszy rok służby nadaje prawo do 3 prc. więcej. Gdyby lekarz zdolność do pracy odzyskał, to wraca do służby, a emerytura jest tylko czasową. Niezdolność do pracy przed upływem 10 lat służby daje prawo do jednorazowej odprawy w wysokości jednorocznej płacy. Wdowy po lekarzach otrzymują połowę emerytury, którąby przypadała mężowi, najmniej jednak 400 K., sieroty zaś do ukończenia 24 lat $^1/_5$ pensyi wdowiej, gdyby zaś utraciły i matkę, połowę pensyi wdowiej. Tytułem zwrotu kosztów ostatniej choroby i pogrzebu otrzymuje rodzina zmarłego lekarza 25 prc. jego emerytury, jeżeli zaś lekarz nie miał jeszcze do niej prawa, otrzymuje rodzina odprawę w kwocie 500 K. Wszystkie te wydatki pokrywa osobny fundusz pensyjny, do którego wpływają taksy przy zamianowaniu lekarza (100 K.), opłaty od lekarzy, (po 3 prc. pełnej emerytury rocznie), grzywny dyscyplinarne, a resztę dopłaca kraj. — Zresztą zawiera ustawa szereg postanowień, dotyczących mianowania i dymisyonowania lekarzy gminnych i t. d. Zasługują na uwagę przepisy o karach dyscyplinarnych (1. upomnienie, 2. grzywna aż do 300 K., 3. dymisya), które nałożone być mogą tylko na zasadzie ostatecznego wyroku komisyi dyscyplinarnej, złożonej z 4 członków pod przewodnictwem marszałka krajowego lub jego zastępcy. (U nas inaczej! inaczej!). Ale w zamian za emeryturę nakłada projekt dolno-austryacki na lekarzy gminnych (§. 24) obowiązek bezpłatnego szczepienia, bezpłatnego badania szupaśników i bezpłatnego leczenia ubogich aż do 10 rodzin; dalsze rodziny ubogich i podrzutków ma lekarz leczyć za osobnem wynagrodzeniem z miejscowego funduszu ubogich lub z funduszów krajowych, oznaczonem przez Wydział krajowy po zasięgnięciu zdania Izby lekarskiej. — Wydatek roczny na emerytury i pensye wdów według tej ustawy oblicza Wydział krajowy dolno-austr. przy 480 lekarzach gminnych na 155.000 K., z czego 21.600 K. dostarczyłyby opłaty od lekarzy, 35.000 oszczędność na kosztach szczepienia, a około 100.000 K. dopłacałby kraj. (Öst. Sanit. 40). *R.*

W sprawie ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, która wbrew przyrzeczeniom nie została wniesiona w ostatniej sesyi Sejmu galic., wniosło grono posłów z prof. Marsem na czele interpelacyę do Wydziału krajowego (»Tyg. lek.« 41). *R.*

Dyrektorowie i prymaryusze szpitali krakowskiego i lwowskiego uzyskali przez swą tegoroczną petycyę uchwałę Sejmu (12. X.), że statut emerytalny dla urzędników Wydziału krajowego z r. 1898 ma się odtąd i do nich stosować. *R.*

Sejmowy mandat lekarski w Galicyi. Subkomitet reformy wyborczej proponuje podobno 2 kurye: powszechną (102 mandaty) i zawodową (102 mandaty), przyczem w kuryi zawodowej jeden mandat Izbom lekarskim. (Jeżeli chodzi o zapewnienie przyszłemu Sejmowi dostatecznej liczby zawodowych znawców różnych działów gospodarstwa krajowego, to jeden mandat lekarski nie wystarczy, zwłaszcza jeśli się zważy, że dział sanitarny stanowi przeszło $^1/_{10}$ budżetu krajowego, i jeśli się zestawi ów jedyny mandat lekarski z obu Izb lekarskich z 3 mandatami, proponowanymi dla Izb adwokackich i notaryalnych. Ale zdaje się, że podział mandatów zawodowych jest tylko pogłoską dziennikarską i że sprawie tej daleko do załatwienia, nawet co do samej zasady). *R.*

Lekarze choleryczni mogą być potrzebni z powodu niebezpieczeństwa zawleczenia cholery z Rosyi do Galicyi. Lekarze, którzyby zamierzali podjąć się tego zadania, zechcą się zgłosić osobiście lub pisemnie do biura sanitarnego Namiestnictwa we Lwowie w celu podpisania odpowiedniej deklaracyi. Lekarze choleryczni pobierać będą po 20 K. dyet dziennych i zwrot kosztów podróży. (Rozp. Namiestn. z 17. IX. 1907 L. 114.461). *R.*

Braki czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego i potrzebne w niem reformy omawia Dr J. Jaworski w »Gazecie lek.« (37) według referatu, który przedstawił na X. Zjeździe lek. i przyr. polskich we Lwowie. Ograniczając się do rozpatrzenia stosunków w Królestwie i w Poznańskiem, stwierdza dr J., że brak uniwersytetów polskich w Warszawie i w Poznaniu sprawia, iż produkujemy w nauce naszej mniej i gorzej, niż nam na to nasze zasoby duchowe pozwalają. Drugą przeszkodą w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego jest brak środków materyalnych, ponieważ byt większości czasopism naszych opiera się tylko na ofiarności nielicznych grup lub jednostek, a nie wszyscy lekarze polscy prenumerują nasze czasopisma; trzecią przeszkodą są różne braki samychże naszych czasopism. Omawiając kolejno wszystkie czasopisma, wychodzące w Królestwie, streszcza dr J. główne, czynione im zarzuty, a to że: 1) prace oryginalne, w nich drukowane, bywają za specyalne, za obszerne, bywa ich za dużo z jednego i tego samego działu; 2) pośród nich mało jest pisanych »z praktyki dla praktyki«; 3) wyciągi z prac zagranicznych wcale nie dają całego obrazu postępów medycyny; 4) pewne pisma za mało uwzględniają sprawy zawodowe. Jednakże w odpowiedzi na te zarzuty zauważa dr J., że pisanie »z praktyki dla praktyki« obniża poziom wykształcenia i że praktyka od teoryi nie da się rozłączyć, że prace oryginalne, oparte na samodzielnych badaniach, są środkiem dydaktycznym, uczącym metody pracy, zastępującym poniekąd pracownie i kliniki, że sprawy społeczno-lekarskie są stopniowo coraz więcej uwzględniane, a sprawa odpowiednich, szczególnie poglądowych sprawozdań jest kwestyą środków pieniężnych danego czasopisma. Zamknięcie któregokolwiek z czasopism nie zaradziłoby jednak złemu; natomiast zlanie się i połączenie niektórych czasopism warszawskich wpłynąć może dodatnio na układ i treść zreformowanego pisma, przyczem jednak dr J. zastrzega się, że jest przeciwnym nadmiernej koncentracyi pism, uważając, że każde z nich przy braku wydziału lekarskiego jest ogniskiem ruchu naukowego.

Pomimo przytoczonych okoliczności łagodzących, wypada sąd dr Jaworskiego o czasopiśmiennictwie naszem dość surowo, a zdaniem naszem wcale jednak nie za surowo. Jak temu daliśmy wyraz, przedstawiając obok dr Jaworskiego referat w tej sprawie w sekcyi prasowej tegorocznego Zjazdu, stan całego naszego czasopiśmiennictwa we wszystkich trzech zaborach jest niezadowalniający, gorszy, niż być może i powinien. Z 9 pism o typie archiwalnym tylko 3 wychodzą prawidłowo i stoją na wysokości zadania; nawet gdyby wszystkie 9 wychodziły prawidłowo, to jeszcze brakłoby w nich przy dzisiejszym ich programie wielu i to wielkich działów nauk lekarskich. Wobec tego, że tylko pisma tego typu można uważać za czynnik, oddziaływający dodatnio na wzrost i pogłębienie ruchu naukowego, uznać trzeba, że przy wspomnianych brakach nasze pisma archiwalne nawet tego wytwórczego zadania należycie wypełnić nie mogą. Uzupełnienie zaś tych braków możliwe byłoby jedynie przez materyalną pomoc instytucyi, które wzięły sobie za zadanie popierać naukę polską.

Z 7 pism naszych o typie tygodnikowym żadne — zważywszy, że ich pierwszem i najważniejszem zadaniem jest służba dla ogółu lekarzy, — nie zaspokaja należycie nawet części potrzeb swych czytelników. Przechodząc kolejno różne rubryki tych pism, staraliśmy się w sekcyi prasowej udowodnić to liczbami. Cóż dziwnego, że niejeden z lekarzy naszych, chcący jako tako iść z postępem, nie może się obejść bez pism obcych, zawierających 3—5 razy bogatszą, znacznie zupełniejszą i aktualniejszą treść; nawet prenumerując wszystkie nasze pisma o typie tygodnikowym, nie otrzymuje lekarz nasz takiego materyału, jaki daje każde lepsze pismo zagraniczne, kosztujące prawie tylko tyle, co jedno nasze. Poprawy jakości naszych pism o typie tygodnikowym nie można sobie wyobrazić bez znacznego rozszerzenia ich ram. Środków na to powinny dostarczyć same pisma, gdyż jedynie zdrową podstawą ich bytu i rozwoju może być tylko obywanie się bez subwencyi i zwracanie się zupełne kosztów. Ponieważ zaś, jak dowodziliśmy w sekcyi prasowej zapomocą obliczeń, w dzisiejszym stanie rzeczy żadne z pism naszych o typie tygodnikowym nie może liczyć na zdobycie sobie dalszych kół czytelników, dopóki liczba pism pozostanie taką, jak dzisiaj, przeto warunkiem poprawy i dalszego rozwoju tego działu naszego czasopiśmiennictwa jest skupienie rozstrzelonych dotąd sił i środków zapomocą dobrowolnego łączenia się czasopism ze sobą w potężniejsze wydawnictwa.

Toteż sekcya prasy lekarskiej, przychylając się do wywodów dr J. Jaworskiego i naszych, uchwaliła wspólny nasz i dr J. Jaworskiego wniosek: »W interesie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego i ogółu lekarzy polskich należy obecnie dążyć do liczebnego ograniczenia wydawnictw peryodycznych o typie tygodnikowym, ile możności do stworzenia wspólnych organów o znacznie zwiększonej objętości, wypełniających zadania, stawiane przez współczesne wymogi nauki naszej i potrzeby lekarzy polskich«. *C.*

Projekt Kasy chorych lekarzy w Warszawie, opracowany przez dra J. Zawadzkiego (»Kron. lek.« 17) roztrząsa dr Z. Kramsztyk w »Krytyce lek.« (10), zarzucając projektowi m. i., że do Kasy przyjmowani być mogą wyłącznie członkowie »Stowarzyszenia lekarzy polskich«; że nakłada na każdego chorego członka obowiązek zawiadamiania Kasy o chorobie, choć

zatajenie choroby nikomu nie przyniosłoby szkody, jakoteż obowiązek przyjmowania odszkodowania, nie dozwalając się go zrzekać; że korzyści (3—5 rbs. odszkodowania dziennie) zapewnia równe, nakładając nierówne ciężary (3 do 100 rbs. rocznej opłaty); że składanie opłat zapomocą znaczków receptowych jest zawiłym, nieszczerym i niesprawiedliwym sposobem, bo liczba wydanych recept nie stoi w stosunku do istotnego dochodu z praktyki; że kontrola chorych przez delegatów Kasy świadczy o nieufności Stowarzyszenia, złożonego z lekarzy, względem samychże lekarzy, choć proste świadectwa lekarskie wszędzie zresztą budzą zaufanie. — Z odpowiedzi, której autor projektu Kasy zapewne nie zaniedba, zdamy w swoim czasie sprawę. *R.*

Niemieckie Kasy chorych miały w roku 1905 dochodu 266,9 milionów marek (w r. 1904 246 mil.), wydatków 253,8 milionów, z czego 232,2 mil. kosztów choroby. Z tego wydano na zapomogi 102,8 mil., leczenie (ärztliche Behandlung) 53,1 mil., leki 34,6 mil., leczenie szpitalne 30,6 mil., pogrzebowe 6,4 mil., dla położnic i ciężarnych 4,6 mil., na opiekę nad ozdrowieńcami tylko 164,601 marek. *R.*

Międzynarodowy komitet dla zwalczania partactwa, utworzony w r. 1905, postanowił (w d. 7. IX. w Berlinie) utworzenie międzynarodowego związku dla tej sprawy. Związek ten ma zmierzać do wprowadzenia jednakowych międzynarodowych postanowień przeciw partactwu, do uzyskania międzynarodowych ustaw celem zwalczania partaczych ogłoszeń dziennikarskich, broszur i t. d. *R.*

Ciekawy proces o obrazę rozegrał się w Czeskiej Lipie 18. IX. b. r. Fabrykant środków tajnych L. Bauer oskarżał prym. dra Kantera, który w swojem czasopiśmie »Gesundheitslehrer« potępił »Antidiabeticum« Bauera i zarzucił mu wprowadzanie publiczności w błąd. Dr Kanter przeprowadził dowód prawdy i został przez sąd przysięgłych uwolniony. *R.*

„Wzajemną pomoc kobiet“, jako samodzielny osobny oddział »Związku lipskiego«, jednoczący żony i siostry lekarzy celem zbierania funduszów dla zabezpieczenia pensyi wdowom i sierotom po lekarzach, proponuje utworzyć w Niemczech dr Sprenger ze Szczecina. Zdając z tego sprawę, rzuca dr Mikołajski (»Głos lek.« 19) myśl, że może i u nas podobne stowarzyszenie byłoby pożyteczne. *R.*

Uzębienie dzieci w lwowskich szkołach miejskich badał dr B. Kaczorowski u 3458 dzieci (»Przegl. hig.«) i znalazł zęby zepsute u 95·35 prc., zdrowe tylko u 4·65 prc. Stan uzębienia u dziewcząt jest nieco gorszy, niż u chłopców. Ten stan uzębienia naszej dziatwy nie jest jednak wiele gorszy, niż w innych krajach (Austrya 99 prc., Niemcy 92—99, Anglia 77—95 i t. d.). Zęby swe pielęgnowało należycie 23·1 prc. dzieci szkolnych lwowskich (znacznie częściej dziewczęta, niż chłopcy), niedostatecznie 50·7 prc., wcale nie 26·2 prc. *R.*

O filtrach utleniających ogłosił dr T. Gryglewicz obszerniejszą rozprawę w »Przeglądzie technicznym« warszawskim, na którą należy zwrócić uwagę naszych lekarzy wobec coraz silniejszego ruchu asanizacyjnego w naszych miastach i miasteczkach. Sprawa postępowania z cieczami kanałowemi stanowi nieraz niełatwe zagadnienie higieniczne, to też praca dra Gryglewicza ukazuje się bardzo na czasie. *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. X. 1907 urodziło się dzieci żywo 42, nieżywo 4; zmarło osób 48, (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 8 (3), zapalenia płuc 1, błonicy 1 (1), płonicy 3. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1907 było przypadków: płonicy 14 († 3), odry 2, krztuśca 1, duru brzusznego 2, ospianki 2, błonicy 1. — Od 6. do 12. X. 1907 zaś: płonicy 11 († 3), choleryny dzieci 4 († 4), odry 1, duru brzusznego 4, błonicy 4, krztuśca 2, róży 4. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. X. 1907 było przypadków: błonicy 1 (obcy), krztuśca 8, płonicy 9 † 2, odry 3, duru brzusznego 5 (w tem obcych 2). *L.*

Z ruchu ludności w Warszawie. W r. 1906 urodziło się 25.225 dzieci, zmarło 16.081 osób, t. j. 21·54‰ mieszkańców. Z prawosławnej ludności zmarło tylko 10·7‰, z żydowskiej 17·35‰, z katolickiej 25·15‰. Dzieci do lat 5 zmarło 52·91 prc. liczby ogólnej. Nagłych śmierci było 676, z nich 109 samobójstw i 128 zabójstw (w dziesięcioleciu poprzedniem bywało zabójstw średnio 27 rocznie). *R.*

Z ruchu ludności w Łodzi. Od 14. VII. do 14. VIII. b. r. zmarło 978 osób, z tego 763 dzieci do lat 10. — Z ospy zmarło osób 70, z odry 51, z zapalenia opon 37, płonicy 10, krztuśca 9, duru brzusznego 16, tężca 2; z ran postrzałowych zginęło 29 (=12·5 prc. wszystkich zejść śmiertelnych!). *R.*

Ospa w Warszawie nie słabnie. W szpitalu zapasowym św. Stanisława znajduje się obecnie 49 chorych na ospę.

Cholera szerzy się gwałtownie w Kijowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Prezydyum Rady Miasta zapowiada się zmiana, która może nie pozostać bez wpływu i na sprawy sanitarne Krakowa. Sprawami temi zawiadywał bowiem dotąd pierwszy wiceprezydent Rady, a gdy obecnie przez nowy jego wybór zmieni się, być może, skład i podział czynności Prezydyum, przeto chwila zdawałaby się sposobna, aby przytem uwzględnić doniosłość higieniczno-społecznych zadań gminy w tem większej mierze, im bardziej była ona niedocenianą przez dawniejsze Rady i im więcej przez to pozostało do naprawienia zaniedbań i braków. Słusznemu temu ze stanowiska sanitarnych interesów ludności postulatowi staćby się mogło zadość, gdyby ważny ten dział miał w Prezydyum miasta zawodowego przedstawiciela, gdyby jednym z wiceprezydentów mógł być lekarz. W każdym razie powinnoby przynajmniej sprawom sanitarnym w agendach Prezydyum wyznaczone być miejsce, odpowiadające ich doniosłości, co wobec prac asanizacyjnych, wiążących się z przyłączeniem do Krakowa gmin podmiejskich, jest szczególniena dobie.

— W ostatnich czasach rozchodziły się niepokojące wieści o epidemii płonicy w Krakowie. Z tego powodu zdawał fizyk miejski szczegółowo sprawę w tym przedmiocie na posiedzeniu komisyi sanitarnej (o którem, nawiasem mówiąc, nie otrzymaliśmy, wbrew zwyczajowi, urzędowego komunikatu) w dniu 10. X. — Według sprawozdania fizyka zachorowało na płonicę we wrześniu 30 osób, z nich zmarło 6; w d. 10. X. było chorych 33 osób, nie więcej, niż o tej porze w latach poprzednich. Komisya sanitarna wyraziła opinię, że ani ilość zachorowań, ani przebieg nie wskazuje na to, aby płonica panowała obecnie w Krakowie epidemicznie.

— Sprawa zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi została rozstrzygnięta. Na ostatniem swem posiedzeniu w dniu 12. b. m. uchwalił Sejm wnioski Wydziału krajowego, polecając mu, aby budowa zakładu w Kobierzynie została rozpoczętą w r. 1908.

— W klinice lekarskiej utworzone zostało osobne dyspensatoryum dla ubogich chorych piersiowych, które pod kierownictwem prof. Jaworskiego prowadzić będzie asystent kliniki dr Korolewicz.

— Płace służby klinicznej, poprzednio niewystarczające, zostały przez ministerstwo oświaty uregulowane z d. 1. X. b. r. wskutek starań, podjętych przez odpowiednie czynniki. Służba otrzymywać będzie wynagrodzenie niemal w dwójnasób większe od dotychczasowego i wzrastające w miarę lat pracy.

— Komisya słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, gromadząc materyał do uzupełniającego zeszytu »Słownika lekarskiego«, uprasza o nadsyłanie uwag, spostrzeżeń i propozycyi terminologicznych pod adresem: »Towarzystwo lekarskie (Kraków, Radziwiłłowska 4) dla komisyi słownikowej«. Redakcye polskich pism raczą powtórzyć tę prośbę komisyi, skierowaną do wszystkich, których obchodzi polskie słownictwo lekarskie.

— R. dw. prof. dr Wicherkiewicz mianowany został przez Królewskie węgierskie Towarzystwo lekarskie członkiem korespondentem.

— Doc. dr Ksawery Lewkowicz mianowany został profesorem nadzwyczajnym i dyrektorem kliniki chorób dzieci w Krakowie.

— Doc. drowi Dobrowolskiemu powierzone zostało zastępcze kierownictwo szkoły położnych w Krakowie.

— Tłómaczenia prac naukowych na niemieckie i francuskie podejmuje się wszechstronnie wykształcony lekarz. Wiadomości udziela Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Ministerstwo oświaty zatwierdziło umowę między Towarzystwem szpitala św. Zofii, a rządem, o budowę i utrzymanie kliniki pedyatrycznej, a Towarzystwo rozpoczęło bezzwło-

cznie budowę, która ma być zupełnie ukończoną na jesień r. 1908. (»Tyg. lek.« 41).

Warszawa. Komisya, zajmująca się sprawą przekazania szpitali miasta, wybrała ze swego grona 4 podkomisye, które mają się zająć poszczególnymi działami, mianowicie podkomisyę gospodarczą, organizacyjną, majątkową i finansową. Nadto wyznaczono i podkomisyę piątą, higieniczną, do której powołano samych tylko lekarzy. Ma ona zająć się zbadaniem warunków zdrowotnych naszych szpitali.

Powstające tu »Towarzystwo zwolenników przyrodolecznictwa« będzie zakładało jadłodajnie jarskie, będzie otwierało zakłady lecznicze, szpitale, przytułki, urządzało kąpiele powietrzne, słoneczne, parowe i wodne, jakoteż i place do zabaw i gier dla dzieci i dorosłych. Działalność tę rozciąga Towarzystwo na całe Królestwo Polskie. Utworzyło się również »Towarzystwo wychowawcze«, którego założycielami są: Maurycy hr. Zamojski, dr K. Lutosławski i p. K. Buczyński, a które zmierza do wytworzenia typu szkół, odpowiadającego indywidualności dzieci, budowie ich ciała i wychowaniu. Władze jednak zastrzegły sobie, że Towarzystwo to tylko wtedy będzie uprawnione do działania, gdy wyłączy ze swego programu ćwiczenia gimnastyczne, oraz gry sportowe. Dziwne zastrzeżenie! Wszak wiadomo powszechnie, jak bardzo takie ćwiczenia i gry są dla zdrowia pożyteczne.

Z powodu szerzącej się coraz bardziej ospy władze szkolne, zarówno szkół rządowych, jakoteż i Polskiej Macierzy Szkolnej poleciły swoim lekarzom dopilnować, aby wszystkie dzieci powyżej lat 10, uczęszczające do szkół, poddane były powtórnemu szczepieniu ochronnemu. *Dr L.*

— Czytamy w dziennikach warszawskich: »Jakkolwiek zwyczajny termin zapisów na uniwersytety galicyjskie już się skończył, jednakże uniwersytetowi lwowskiemu i krakowskiemu przysługuje prawo czynienia pewnych ulg w tym względzie. Mianowicie dziekani razem z gronem profesorów na poszczególnych wydziałach mogą przedłużyć czas wpisów do końca bieżącego miesiąca; o późniejszych zapisach decyduje rektor z senatem całego uniwersytetu. Wobec gorących uczuć obywatelskich profesorów wszechnic galicyjskich, oraz serdecznej ich troskliwości o dobro wszystkiej młodzieży polskiej, wolno żywić przekonanie, że, co tylko od ciała profesorskiego tych wszechnic wogóle, a od senatu, rektora, dziekanatów w szczególności zależeć może, niechybnie uczynione będzie dla ułatwienia naszej młodzieży przystępu do tych jedynych obecnie ognisk nauki uniwersyteckiej polskiej. Życzyćby sobie tylko należało, aby nasza młodzież skorzystała w szerokiej mierze z tych udogodnień, zamiast przebywać bezczynnie w Królestwie lub też wyjeżdżać na obczyznę«.

— Niedobór szpitali warszawskich za r. 1906 obliczono na 591.548 rb. Na pokrycie długów ma Miejska Rada dobr. z opłat od widowisk 400.538 rb., a resztę wraz z niedoborami z r. b. będzie musiał pokryć magistrat, obejmujący szpitale w swój zarząd.

— Dr T. Heryng, wybrany świeżo korespondentem Królewskiego Towarzystwa lekarskiego w Londynie, otrzymał pierwszą nagrodę im. Helbicha za dzieło p. t. »Metody badania i leczenia chorób krtani«.

— Dr. A. Sokołowski otrzymał nagrodę im. Helbicha za III. tom dzieła »O chorobach narządów oddechowych«, nagrodzonego już przez krakowską Akademię Umiejętności.

— Komitet opieki nad rodzinami lekarzy, powołanych na wojnę japońsko-rosyjską, złożył resztę funduszów, 1448 rb., do Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach.

Z różnych stron. Wydatki na dobroczynność publiczną wzrosły w Anglii z 211 milionów franków w r. 1890 na 360 milionów w r. 1905 i wynoszą po 10·50 franków na każdego mieszkańca.

Mianowani: Prof. v. Franqué z Pragi profesorem położnictwa w Giessen; Dr Jan Grek asystentem kliniki lekarskiej, dr Władysław Wiszniewski asystentem przy katedrze histologii i embr. we Lwowie, dr Tytus Buraczyński ze Lwowa sekundaryuszem szpitala kraj. w Czerniowcach.

Powołani: Prof. Stöckel z Gryfii na katedrę położnictwa do Marburga (po Ahlfeldzie), prof. Westenhoeffer z Berlina na katedrę anatomii patol. do Santiago.

Zmarli: Bakteryolog Dr James Carroll w Washingtonie, higienista dr Grandhomme we Frankfurcie n. M.;

Dr Stanisław Kopeć, b. lekarz miejski w 69 r. ż. w Warszawie, dr Izydor Czekierski z Warszawy w 83 r. ż. w Krakowie, dr Teodor Rakowski, wielce zasłużony działacz społeczny, założyciel Banku ludowego, Towarzystw przemysłowego i rolniczego, Czytelni polskiej i t. d. w Inowrocławiu w 73 r. ż.; dr Gracyan Pisarzewski, lekarz m. Częstochowy w 44 r. ż. Ś. p. Pisarzewski był jednym z najgorliwszych członków w młodem Towarzystwie lekarskiem w Częstochowie; drukiem ogłosił szereg prac, głównie kazuistycznych.

Redakcya otrzymała: Dr T. Gryglewicz: Stacye filtrów utleniających, ich urządzenie i działanie. Odb. »Przegląd techniczny«. Warszawa, 1907. — Bogdanik: Ein Beitrag zur subkutanen Zerreissung der Harnröhre. Odb. »Wiener med. Presse«. — Prożańskt: K farmakołogii spermina-Pela. Petersburg, 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.